

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

5

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Octobre 1905, à 1 heure

PAR

René LEFÈVRE

ANCIEN EXTERNE DE L'HOTEL-DIEU DE CAEN

Contribution à l'Étude
DE LA MORPHINOMANIE

Président : M. JOFFROY, professeur

Juges { MM. DIEULAFOY, professeur
DUPRÉ, agrégé
RENON, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
		ROGER.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
Maladies des enfants.....	}	DEBOVE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		LANDOUZY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		
Clinique chirurgicale.....	}	JOFFROY.
		GAUCHER.
Clinique ophtalmologique.....		RAYMOND
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LE DENTU.
Clinique d'accouchements.....	}	TILLAUX.
		TERRIER.
Clinique gynécologique.....		BERGER.
Clinique chirurgicale infantile.....		DE LAPERSONNE
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGREY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat)
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	TEISSIER
CARNOT	GUIART	MARION	THIROLOIX
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CUNEO	LABBE	MERY	WALLICH
DEMLIN	LANGLOIS	MORESTIN	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Asile Sainte-Anne
Chevalier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur de vouloir bien
accepter la présidence de notre thèse.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE CAEN

MESSIEURS LES DOCTEURS

AUVRAY, BARETTE, GUILLET,
GIDON, MOUTIER, CATOIS, VIGOT, NOURRY,
GOSSELIN, PAUL LÉGER, MARAIS

Qu'ils veuillent bien agréer ici l'expression de profonde gratitude de leur élève reconnaissant.

AU DOCTEUR LOUIS HAMON

AUX DOCTEURS COMAR ET BUVAT

Médecins de la Villa Montsouris à Paris

dont nous avons été l'interne. Pendant le temps que nous avons passé dans cet établissement, nous avons donné nos soins à plusieurs morphinomanes. Ce sont leurs observations et les réflexions qu'elles ont suggérées qui font le sujet de cette thèse inaugurale.

CHAPITRE I

Etiologie.

Nous conserverons la distinction classique entre les morphinisés et les morphinomanes. Un morphinisé sera un intoxiqué accidentel, présentant souvent les symptômes d'empoisonnement aigu par l'opium ; un morphinomane sera toujours un intoxiqué chronique. Il existe entre eux la même différence qu'entre un homme habituellement sobre qui fit, un jour, un excès de boisson et un alcoolique. Un malade est en proie à une crise de coliques hépatiques ; une grande opérée se plaint d'insomnie, le médecin leur fait une fois, une seule, une injection de morphine ; ce sont des morphinisés. Mais, qu'après guérison, l'un de ces individus continue cependant l'usage du toxique, qu'un dégénéré cédant à une curiosité perverse pratique sur lui-même des piqûres « pour voir », il arrivera un moment où le morphinisé deviendra morphinomane. Et, comme le dit M. le docteur Joffroy, « ce moment sera marqué

par la sensation du besoin de morphine, par la recherche obsédante de la piqûre en dehors de toute indication thérapeutique suffisante, et par l'apparition d'une véritable soif périodique de morphine que calmera seule l'ingestion de cet alcaloïde.

L'histoire des premiers ne présente aucun intérêt c'est uniquement des seconds que nous voulons nous occuper, car autre chose que l'abus continu du toxique caractérise les morphinomanes : c'est le tempérament, le terrain. Les morphinomanes ont une hérédité morbide lourdement chargée. Ils appartiennent presque tous à la grande famille névropathique. Fils de morphinomanes, d'alcooliques, enfants d'aliénés, de névrosés, hérédosyphilitiques, produits d'unions consanguines, ils seront des dégénérés, des demi-fous ou des hystériques.

Les stigmates de dégénérescence peuvent manquer ; l'intelligence, l'originalité peuvent être fort vives, mais ce que l'on retrouvera toujours chez tous, ce sera une diminution du sens moral et des symptômes très nets d'hystérie.

L'histoire des morphinomanes est pour tous à peu près semblable : ce sont les mêmes incidents que nous trouvons dans toute leur vie et même dès leur enfance. Déjà, ils se distinguent de leurs camarades. Paresseux, apathiques, terrassés par la moindre fatigue, ils ne se livrent jamais aux jeux de leur âge. Cependant ils se sentent eux-mêmes différents des autres, ils souffrent cruellement des railleries stupides de leurs condisciples, des punitions dont les acca-

blent des parents et des maîtres qui ne les comprennent pas. C'est pourtant dans de pareils cas que feraient merveille la douceur et la suggestion patiente à l'état de veille ; cela aussi l'enfant le perçoit confusément, et son imagination travaille ; il éprouve des haines folles, il rêve de vengeances puériles. C'est déjà un misanthrope, un petit persécuté. Il conservera cet esprit chagrin, défiant ; il gardera toujours quelque chose de cette apathie et de cette aboulie premières. Aussi, lorsque plus tard, il lui faudra lutter, incapable d'effort, ne pouvant compter ni sur lui-même, ni sur les autres, ou il deviendra un persécuté dangereux ou il se tuera. Mais, le plus souvent il se fera des piqûres de morphine ; dans le poison il cherchera tantôt l'oubli, tantôt une force, une excitation factices.

Plus souvent, les candidats à la morphine ont une enfance très agitée. Méchants, indociles, sournois et vicieux, ils présentent comme autres manifestations de leur état mental l'absence de remords, l'égoïsme absolu, l'insouciance. Ils résistent à tous les moyens de coercition ; jouent à leurs maîtres des tours cruels ; font leurs souffre-douleur d'enfants plus jeunes qu'eux, quitte à fuir lâchement devant de plus forts. Ils débauchent leurs camarades, se livrent à des pratiques de pédérastie et de masturbation. Ces penchants persistent plus tard, le caractère reste bizarre, exalté et pervers. Rebelles à toute autorité ils commettent des actes délictueux. Sous l'influence d'un caractère changeant à l'excès, d'une imagination déréglée, ils ne peuvent exercer de profession sérieuse

et passent par les aventures les plus extraordinaires. Eux aussi auront recours à la morphine, mais ce sera pour satisfaire une curiosité mauvaise et chercher des sensations nouvelles. En bons ratés qu'ils sont il se piquent de littérature et font leurs livres de chevet des *Fleurs du Mal* et des *Paradis artificiels* qu'ils comprennent d'ailleurs fort mal.

Nous avons essayé de fixer l'histoire de deux types extrêmes. Ils peuvent se combiner, il n'en reste pas moins vrai que ces individus sont des dégénérés, des héréditaires.

Plus rarement les désordres mentaux ne sont plus congénitaux mais acquis et constituent les reliquats d'une fièvre typhoïde, d'un traumatisme, d'une lésion de l'encéphale.

Nous voudrions à présent étudier les causes occasionnelles de la morphinomanie.

Il est assez rare que sans y être incité par une influence étrangère, le sujet en vienne de lui-même à recourir à la morphine, soit qu'il veuille endormir une douleur physique et morale, soit, que, de très bonne foi il demande au poison un surcroît d'activité. D'autres fois, on voit des individus pratiquer des piqûres sur eux-mêmes et de propos délibéré, sous prétexte d'analyse, de psychologie expérimentale. Cette curiosité toute spéciale n'est plus, hélas, le fait des haschichiens de l'hôtel de Pimodan : elle s'est vulgarisée. Que de malheureux, recrutés dans toutes les classes de la société deviennent ainsi par snobisme des toxicomanes invétérés !

Mais, le plus souvent la tentation vient du dehors et la morphinomanie reconnaît alors diverses origines.

Elle peut être d'origine thérapeutique. Un praticien ordonne à un malade des injections de morphine qu'il fait lui-même pendant quelque temps. Un jour vient où il croit devoir dire à son client : « Vous ferez dorénavant les piqûres vous-même. » Et il lui laisse la seringue, la solution et l'ordonnance « à renouveler ». A renouveler ! sait-il quelle faute énorme il commet contre lui-même et contre son malade, le médecin qui n'agit ainsi que par bonté et discrétion ? Nous nous garderons d'insister ; de pareils faits tendent à disparaître et les praticiens plus circonspects ne consentent plus si volontiers à de si dangereuses complaisances. Les pharmaciens eux aussi se montrent plus prudents et ne délivrent plus de morphine sans ordonnance. Si ils sont encore induits en erreur, c'est par le client lui-même.

Mais, que dire des droguistes, des charlatans qui spéculent sur la passion des morphinomanes et se font une spécialité lucrative de procurer aux malades en traitement dans les maisons de santé de la morphine de qualité inférieure et à des prix fantastiques.

Il est une autre grande cause occasionnelle de la morphinomanie, c'est l'initiation : qu'elle vienne des morphinomanes eux-mêmes et constitue un véritable prosélytisme ou qu'elle s'exerce indirectement par l'intermédiaire de la presse ou du livre. C'est parce

que le nombre des publications spéciales augmente sans cesse que nous voyons s'accroître le nombre des morphinomanes, et chose lamentable dans le peuple, chez les jeunes gens !

En dehors des heures de travail de jeunes apprentis flânent par les rues, s'arrêtent devant les magasins. Or, chez le plus petit libraire, à chaque kiosque à journaux, que voient-ils ? D'infâmes publications à titres énigmatiques bien propres à troubler des imaginations toujours en éveil. Pour peu qu'un de ces enfants soit un dégénéré déjà blasé, comment le malheureux pourra-t-il résister à des titres comme ceux-ci : *Une volupté nouvelle, la morphine. — Toutes les jouissances en une seule, la morphine ?* Comme il achètera bien vite l'ignoble brochure et avec quelle fièvre ne la feuillettera-t-il pas ! Un herboriste complaisant s'empressera de fournir seringue et morphine. Toutes les économies y passeront et le malheureux tout entier à sa passion se livrera autour de lui à un prosélytisme dangereux. Paresseux, incapable de tout travail, gâchant tout, il se fera chasser des ateliers. Un jour, dénué de toutes ressources, il commettra pour se procurer l'alcaloïde un scandale, un délit qui amènera son arrestation. Tel est le triste roman qui ne se renouvelle que trop fréquemment.

Mais il nous faut regarder plus haut et remonter aux sources mêmes du mal. Plus fort que toutes les causes que nous venons d'énumérer, plus coupable que les charlatans ou les littérateurs marrons sont le temps et les circonstances. Ce qu'il faut incriminer

avant tout c'est l'abaissement des sentiments religieux et moraux, c'est l'instruction mal comprise, mal digérée. Pour le peuple, morale et religion se confondent : l'un devient le substratum de l'autre. Si donc on cesse d'entretenir dans le peuple des sentiments religieux, la morale à force de devenir quelque chose d'immatériel finit par ne plus exister. Aussi, pour des âmes si peu préparées à la recevoir, l'instruction prise à doses massives devient un véritable poison. Elle crée des idées fausses, exalte un orgueil déjà démesuré, fait luire des rêves ambitieux et des espérances insensées, et les victimes de cet enseignement maladroit méprisent leurs humbles origines. Grisés par des rudiments d'instruction, fiers de diplômes inutiles, ils aspirent vainement à des emplois que leur pauvreté seule suffirait à leur interdire. Aigris, découragés, ils vont bientôt grossir le troupeau des déclassés, et n'osant affronter la lutte pour la vie, ils finissent par demander à la morphine la consolation de leurs misères et de leurs rêves brisés.

CHAPITRE II

Psychologie.

Voilà la morphinomanie constituée. L'état de besoin et permanent. Que va devenir notre malade ? Qu'allons-nous observer chez lui ?

Nous nous occuperons uniquement du côté psychologique de la question. Les symptômes physiques de la morphinomanie sont trop connus pour que nous nous y arrêtions. Nous renvoyons à nos observations où nous avons soigneusement noté l'état de nos malades avant, pendant et après la suppression. Nous allons donc chercher dans ce chapitre à analyser la mentalité du morphinomane : car de cette étude nous voulons tirer des conclusions pratiques tant au point de vue médico-légal qu'au point de vue du traitement.

Supprimer le toxique purement et simplement ne suffit pas. Le traitement doit être surtout psychique : c'est la psychothérapie, la suggestion à l'état de veille qui s'imposent ici. C'est que tout morphinomane est un hystérique, nous dirons plus, c'est un hystérique

de tempérament, de naissance, et parce qu'hystérique morphinomane. La toxicomanie est l'effet, non la cause. Telle n'est pas cependant l'opinion de certains auteurs qui, assimilant la morphinomanie au saturnisme, prétendent que la morphine, au même titre que le plomb, peut créer une hystérie toxique. Théoriquement l'idée est juste ; mais il suffit d'interroger les malades ou leur entourage pour constater que dès l'enfance, bien avant que la toxicomanie ne fût constituée, ils présentaient déjà des symptômes de la grande névrose. Peu importe après tout, acquise ou non, ce sera l'hystérie qui donnera à nos malades cette mentalité si particulière.

La personnalité du morphinomane est dédoublée ; il porte en lui deux êtres contraires : l'homme et le malade, la bête de Xavier de Maistre. Entre eux pas de lutte. Ils s'ignorent réciproquement et c'est l'un après l'autre qu'ils se présentent au champ rétréci de la conscience : l'homme déplore un passé dont il a honte, il désire ardemment la guérison, pour se régénérer, pour effacer jusqu'au souvenir des peines qu'il a causées aux siens. Hélas, la piqûre est déjà faite, automatiquement, à son insu ! Et c'est au milieu de l'euphorie que la voix de la raison se fait entendre. Elle est tout de suite écoutée, les meilleures résolutions sont prises. C'est bien la dernière injection... jusqu'à la suivante : Au premier symptôme d'abstinence, l'homme s'évanouit pour faire place au malade. Voilà qui explique bien cette versatilité perpétuelle, ces alternatives d'orgueil et d'humilité, d'ami-

tié et de haine, de défiance et d'abandon. Devant un caractère aussi changeant, on comprend que de précautions il faut prendre. Pour obtenir les quelques centigrammes qui calmeront ses souffrances, un morphinomane en suppression suppliera, pleurera, menacera même au besoin ; mais une fois guéri, gardera à son médecin une profonde reconnaissance pour la ferme attitude qu'il aura su tenir. Qu'apitoyé, trompé par cette comédie, l'on ait la faiblesse de céder voilà le traitement grandement compromis, le médecin a perdu la confiance de son client. Qu'un infirmier, ébloui par des promesses fantastiques, bien rarement tenues, fasse passer clandestinement au morphinomane seringue et solution, celui-ci n'aura rien de plus pressé que de dénoncer le coupable. Dans tous ces cas, les malades sont de bonne foi, ils sentent fort bien qu'ils ont besoin d'être défendus contre eux-mêmes. Toutes leurs facultés subissent une perturbation profonde, et c'est la volonté qui est la première atteinte : aboulie, paresse, indifférence, négligence, inaptitude au travail, faiblesse mentale, amnésie.

« Le morphinomane, dit le professeur Joffroy, le morphinomane est souvent le témoin conscient de sa propre déchéance. Ce sentiment, joint à la répétition sans cesse plus fréquente de l'état de besoin, est pour lui l'occasion d'accès de tristesse mêlés de remords. Son irritation devient extrême. Il ne peut admettre la contradiction et entre parfois, pour les motifs les plus futiles, dans de violents accès de

colère. Cette tendance à la chicane rend la vie en commun difficile, parfois même intolérable.

« Au début, sous l'influence des sensations agréables produites par la piqure, le malade se montre aimable ; mais dans l'intoxication chronique prolongée, il présente souvent un affaiblissement des sentiments affectifs et moraux sans lequel on ne pourrait s'expliquer certains actes véritablement délictueux ou même criminels commis par des morphinomanes.

« Plus souvent on constate l'oubli des convenances sociales, des devoirs familiaux et professionnels, ou encore, et cela très fréquemment, le mensonge pathologique. »

C'est bien là le fond du caractère hystérique. Le morphinomane est passé maître en l'art de mentir. Pour faire avancer l'heure de la piqure, il n'est pas de stratagème auquel il n'ait recours. Nous avons eu l'occasion de donner nos soins à un ataxique, morphinomane invétéré qui, connaissant jusqu'au moindre symptôme dont il était atteint, jouait merveilleusement des crises rectales ou laryngées. En voyant le malheureux se tordre sur son lit, nous n'avons jamais hésité, dans ce cas, à lui faire des piqures supplémentaires. C'est le malade lui-même qui, après le sevrage, se donna le malin plaisir de dévoiler sa supercherie.

Les malades en traitement dans les maisons de santé dépensent des trésors d'ingéniosité pour se procurer de la morphine quand même et malgré la plus étroite surveillance. C'est une lutte perpétuelle

entre le médecin et ses clients. Ils arrivent bourrés de morphine. L'alcaloïde est dissimulé dans des objets truqués, dans des cigarettes, mélangé au bicarbonate de soude dont ils usent constamment pour calmer leur hyperchlorhydrie.

Quelquefois, ce sont les familles qui ont la sottise d'apporter elles-mêmes le poison. Mais, le plus souvent ce sont ces louches individus dont nous avons déjà parlé qui se chargent de le faire passer à leurs clients. Un cri retentit dans la rue et le malade va nonchalamment au fond du jardin ramasser un objet qu'on a jeté par-dessus le mur. Pendant la nuit, un complice grimpe sans échelle jusqu'au deuxième étage pour déposer de la morphine sur la tablette de la fenêtre. Dans la rue c'est un homme qui passe rapidement et dépose une boîte dans la main de notre malade ; au café c'est un garçon sou-doyé qui en servant glisse subrepticement une enveloppe dans la poche. Même pris sur le fait notre malade niera énergiquement : allant de l'indignation aux larmes, jurant sur les cendres de sa mère qu'il est innocent de ce dont on l'accuse. Chez ces malheureux toute dignité est morte et aussi tout sens moral. Pendant les heures cruelles de la suppression les hommes pleurent et supplient ; les femmes s'offrent cyniquement ! Certes, le tableau est bien triste et, que de fois pris d'une immense pitié n'est-on pas tenté d'exaucer leurs prières. Mais le cœur du médecin doit être cuirassé d'un triple airain ; malheur à lui s'il cède ! Il perd son prestige aux yeux d'un

individu qui se moque de lui, qui non seulement l'accusera de faiblesse, mais encore par des calomnies, sinon des poursuites judiciaires, pourra nuire très gravement à sa réputation professionnelle.

En proie à sa passion, souvent persécuté et halluciné pour peu qu'il use de la cocaïne, le morphinomane doit être considéré comme un être très dangereux ; il est un fou moral, un dégénéré, un débile. A ce titre, il aura parfois des idées niaises tout à fait puériles. Ainsi, ces malades achètent constamment, à tort et à travers les objets les plus inutiles et les plus hétéroclites. Notons, à ce sujet, que la kleptomanie est très fréquente chez eux. C'est ce caractère enfantin qui expliquera ces explosions d'enthousiasme et ces découragements subits, cette susceptibilité exagérée, ces longues bouderies : ce besoin de « se raconter » naïvement, cyniquement et qui constitue un prosélytisme inconscient.

Nous l'avons déjà signalé, tout morphinomane est l'apôtre de sa détestable cause, il brûle de se constituer des imitateurs. Tantôt le morphinomane se croit possesseur de la panacée universelle, et très fier de son vice daigne engager tous ceux qui le rencontrent à le partager. Il voit dans la morphine un aliment absolument nécessaire à la vie. Ainsi un de nos malades voulait que l'on diminuât seulement sa dose quotidienne de toxique : un centigramme au moins lui était indispensable disait-il, le matin au réveil. Tantôt, obéissant à leur perversité naturelle, des misérables, par plaisir, morphinisent leurs amis, leurs

proches. Quelquefois, la suggestion n'est qu'indirecte : la femme d'un morphinomane finira par le devenir elle aussi : les volontés les mieux trempées finissent par s'émousser dans une pareille atmosphère. Ce prosélytisme peut être le fait d'abominables calculs. Nous avons connu un mari morphinomane, et comme tel impuissant, qui prenait prétexte du moindre malaise de sa femme pour lui faire lui-même des piqûres. Il espérait la rendre aussi indifférente que lui aux choses de l'amour et de la sorte n'être pas trompé par la délaissée.

Quelle responsabilité accorder à ces individus ? Quelle capacité civile ? Avant de répondre il nous faudra établir quelques distinctions. Nous nous demanderons successivement avec Chambard :

Sommes-nous en présence d'un cas de morphinisme aigu ou d'un cas de morphinomanie ?

La morphinomanie est-elle pure ? compliquée de cocaïnomanie ou d'alcoolisme ?

Le malade est-il ou non en période d'abstinence ?

Nous répétons que le morphinomane est un héréditaire à prédispositions vésaniques et présentant des stigmates d'hystérie ou des états délirants de dégénérescence. Aussi, affirmons-nous dès l'abord que la responsabilité du morphinomane sera toujours atténuée.

Le morphinisme aigu peut s'accompagner d'un état maniaque avec impulsions, hallucinations terrifiantes qui pousseront le sujet à commettre des actes délictueux. Comme Chambard nous admettons trois cas :

Ou bien l'accusé a été morphinisé à son insu et il a agi poussé par une force à laquelle il n'a pu résister, il n'est nullement responsable ; ou bien il s'est mis volontairement en état d'ivresse morphinique pour perpétrer son forfait ; là encore en tenant compte de l'hérédité morbide du sujet on ne doit admettre qu'une responsabilité partielle. Enfin il y aura lieu d'accorder le bénéfice d'une responsabilité très atténuée au morphinisé aigu volontaire, auteur d'un délit qu'il n'aurait certainement pas commis étant en bonne santé.

Les morphinisés chroniques, ordinairement apathiques et indifférents, ne sont guère dangereux qu'à l'état d'abstinence. Ils sont le plus souvent accusés de vol. Tantôt le malade vole parce qu'il est kleptomane, tantôt pour revendre à vil prix les objets dérobés et se procurer ainsi du poison. Mais dans l'état de fureur, d'affreuse anxiété où les met le manque de morphine, ces malheureux sont alors capables des pires violences sur les personnes qui pourraient leur résister. Les morphinomanes doivent alors être considérés comme entièrement irresponsables ; irresponsables aussi les morphino-cocainomanes. Avec eux on ne saurait prendre trop de précautions pour les mettre hors d'état de nuire.

La responsabilité civile des morphinomanes ne saurait exister. Le malade n'est pas responsable, dès lors pas de faute et par suite pas d'indemnité exigible.

Vis-à-vis de ces individus abouliques, inaptes à

se diriger, crédules, dévorés par la manie d'acheter, il y aura lieu, suivant les cas, de prononcer l'interdiction pure et simple ou de constituer un conseil judiciaire. Nous poserons à ce propos, la question suivante : une compagnie d'assurances sur la vie peut-elle légalement refuser de verser aux ayants droit la somme qu'un morphinomane a souscrite à leur profit ? « Oui, répond la compagnie, si la morphinomanie est antérieure à la signature du contrat, et si le malade a tenu cachée sa funeste habitude. » Nous estimons que c'est aller un peu vite en besogne et qu'il y a lieu de procéder avec plus de mesure. Nous sommes entièrement de l'avis de Chambard qui demande que : « les Compagnies s'entourent de garanties suffisantes ; qu'elles demandent à leurs médecins un examen approfondi du candidat à l'assurance ; qu'elles fassent subir à ce dernier un interrogatoire clair et détaillé au lieu de lui faire remplir un questionnaire dont l'insuffisance et l'ambiguïté, peut-être voulues, semblent propres à ménager, pour l'avenir, toutes sortes de chicanes ; qu'en ce qui concerne les morphinomanes, en particulier, elles exigent d'eux la déclaration de leur vice, fassent rechercher sur eux les stigmates qui le trahissent souvent et leur fassent prendre l'engagement de ne se faire d'injections que sur prescription médicale ; mais qu'elles renoncent à des revendications qui ne peuvent reposer que sur la solution de questions à peu près insolubles et dans lesquelles leur bonne foi peut être suspectée. »

CHAPITRE III

Gravité comparée des toxiques.

Nous avons jusqu'ici uniquement traité de la morphinomanie : il est d'autres toxicomanies du même ordre : c'est d'elles que nous allons parler à présent.

Ces intoxications sont le plus souvent secondaires à la morphinomanie ; il est bien rare qu'un de nos malades soit uniquement chloralomane, haschischien, cocaïnomane ; mais il sera chloralo-morphinomane, haschischien et morphinomane, cocaïno-morphinomane, etc. Toutes ces combinaisons existent, et quelquefois on voit des individus user de tous ces poisons réunis. Nous avons voulu que ce chapitre figurât avant celui que nous consacrerons au traitement où nous condamnerons la méthode des substitutions. Nous allons essayer de prouver que de tous les toxiques qu'emploient nos malades, la morphine est encore le moins nocif.

1° *Opium et préparations opiacées.*

a) *Héroïne.* — Les morphinomanes font souvent emploi alternativement ou concurremment avec la morphine d'autres alcaloïdes de l'opium. Il nous a été donné de voir des morphinomanes invétérés, à court de morphine, être obligés de se contenter de laudanum ou d'extrait thébaïque et en absorber des doses colossales.

Trop souvent, la substitution est d'ordre thérapeutique, voulue et ordonnée par un médecin connaissant mal la question. Ce sera, la plupart du temps, au chlorhydrate d'héroïne qu'on aura recours, sous prétexte que ce corps ne détermine pas d'accoutumance. Ceci est faux : on s'accoutume fort bien à l'héroïne beaucoup plus toxique, mais moins euphorique que la morphine. Nous laissons d'ailleurs la parole à l'un de nos malades, ancien morphinomane devenu héroïnomane.

OBSERVATION I (Personnelle).

M. N..., 48 ans, négociant.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 52 ans de cirrhose atrophique. Père mort à 83 ans, était atteint de goutte et de rhumatisme articulaire.

A deux sœurs qui sont bien portantes ; a perdu un frère de maladie de cœur.

Antécédents personnels. — Aucun incident pathologique dans l'enfance.

A 17 ans s'engage dans la cavalerie ; à 22 ans, chancre induré. On ne donne au malade que des soins locaux. Un an après surdité subite. Consulte un médecin qui découvre des plaques muqueuses pharyngées et prescrit un traitement intensif que M. N... suit trois années consécutives pendant toute la durée du printemps.

Les accidents secondaires se bornent là.

En 1894, à l'âge de 37 ans, M. N... se marie : sa femme est bien portante : pas d'enfants pas d'avortements.

En janvier 1898 M. N... souffre d'accidents de nature spécifique : céphalée intense, douleurs vives dans les membres inférieurs, malaises, insomnies, perte d'appétit. Les souffrances sont telles que le médecin traitant crut devoir faire des injections sous-cutanées de morphine d'abord de 1 puis de 2 centigrammes.

Au bout de 8 jours, le médecin trouvant son client beaucoup mieux, cesse brusquement les piqûres. Mais une voisine de M. N... qui injectait de la morphine à son mari souffrant d'une maladie incurable vient proposer ses bons services. M. N... ne manqua pas d'accepter et cette voisine complaisante non seulement procura de la morphine à M. N..., mais fit elle-même les piqûres.

Vers le 15 février M. N... ne souffrait plus et avait repris ses occupations, mais il était devenu morphinomane : 4 centigrammes par jour en huit à dix fois. La morphine était devenue indispensable à M. N... qui recourait à sa seringue à propos de la moindre contrariété ou d'un travail de compta-

bilité à vérifier. Les doses vont croissant et deux ans après, au début de 1900, M. N... était à trois grammes.

Cette dose maxima n'avait pas été atteinte sans hésitation. En 1899 se faisant 80 centigrammes par jour, M. N... résolut de se guérir et prit des informations à ce sujet. Un de ses amis, frère d'un morphinomane-cocaïnomane lui fit un tableau si effrayant de la démorphinisation que M. N..., abandonnant ses bonnes résolutions continua à s'intoxiquer. Dès ce moment il s'applique cependant à diminuer les doses, mais avec une extrême lenteur, de telle sorte qu'un an après, en janvier 1901, la quantité journalière était de 2 grammes.

M. N... entre alors dans une maison de santé, décidé à se faire démorphiniser. Au bout de 6 jours, suppression, extrêmement pénible (crampes intenses dans les mollets et dans les pieds, bouffées de chaleur au visage et dans les paumes des mains). On multiplie les douches, les bains tièdes. M. N... est très affaibli et deux ou trois jours après sa démorphinisation a une syncope. On le soutient avec des injections sous-cutanées de caféine et de spartéine. M. N... quitte l'établissement au bout d'un mois et bien loin d'être rétabli ; lassitude perpétuelle, à peine par nuit de deux à trois heures de sommeil, hyperchlorhydrie, appétit assez bon. Pendant deux mois (février-mars) se repose chez lui, toujours très faible, incapable de marcher pendant plus de cinq à dix minutes et ne pouvant se consacrer à ses affaires. En avril peut faire de petites courses et s'occuper. Dort un peu mieux. Le rétablissement n'est complet qu'au bout d'un an (janvier 1902).

Dans le cours du premier semestre de 1902 M. N... fut opéré d'hémorroïdes énormes et d'une fistule borgne interne. Ce n'était

d'ailleurs pas la première fois, puisqu'en 1895 on avait déjà dû intervenir pour une autre fistule.

Il y a donc 18 mois (juillet 1902) que notre malade est démorphinisé, il ne s'est plus fait une seule injection de morphine (mais dont il a chez lui une solution). Il recommande volontiers et avec enthousiasme cette pratique à ses amis dès qu'il les voit souffrants. Il a toujours la manie de la piqûre et il est heureux de voir ses médecins lui ordonner du cacodylate en injections.

L'opération a beaucoup fatigué M. N... Le moral et le physique sont moins bons. Un jour M. N... se lève, las, courbaturé, il a des contrariétés, il voit tout en noir. Soudain il songe à la morphine qui peut seule lui rendre le courage et l'activité. Après de longues hésitations, il succombe et s'injecte 1 centigramme. Ce qu'il attendait ne se réalise qu'en partie, la sensation est moins forte et moins durable qu'autrefois.

Cependant M. N... continue les piqûres, les multiplie, augmente les doses de telle sorte qu'en février 1903, il était à 80 centigrammes.

Il essaya vainement de se démorphiniser seul en substituant la spartéine à la morphine. Il consulte alors un médecin qui lui conseille de laisser la morphine et d'employer l'héroïne (avril 1903). M. N... débute à 0.15-0.20.

Ce changement s'effectue sans incident. M. N... s'habitue très vite et monte progressivement. Depuis novembre 1903, M. N... est à 2 gr. 60 d'héroïne par jour en 12 à 15-20 piqûres.

Quelles sont les sensations subjectives fournies par l'héroïne à comparaison avec les effets de la morphine chez M. N... ?

La morphine agit rapidement son action est d'emblée intense,

mais diminue assez rapidement, son effet ne se fait guère sentir plus de trois heures au maximum.

Elle calme instantanément toute souffrance (excitation, sentiment de légèreté, d'une force qui peut triompher de tous les obstacles ; euphorie, sensation de dilatation de tout l'organisme, inspirations larges portées à leur dernière limite) détermine une activité cérébrale factice sur la valeur de laquelle le malade s'illusionne. Il se croit éloquent, persuasif, alors qu'il est d'une volubilité désespérante ; Il pense écrire avec facilité, mais ne s'aperçoit pas qu'il tombe dans la prolixité et délaye la même pensée dans des pages entières. La notion du temps n'existe pas. Le malade se met au travail à 10 heures du soir, il n'a pas conscience des instants qui s'écoulent et est très surpris de voir se lever le jour. La morphine, tout au moins au début de l'intoxication est aphrodisiaque. L'abstinence morphinique est formidable : lassitude intense, frissons suivis de bouffées de chaleur, crampes dans les mollets et les pieds, angoisse précordiale, sentiment de vide, de chute vertigineuse à travers l'espace ; les objets tournent devant les yeux du malade, etc. M. N... cite le fait suivant : Etant seul dans un compartiment de chemin de fer, il constate qu'il a oublié sa seringue à l'hôtel. Pendant le trajet M. N... se tient à la portière, la main crispée sur la poignée, se demandant s'il ne vaut pas mieux se jeter sur la voie en pleine marche du train, en finir plutôt que de souffrir de la sorte. Il se contient cependant, et dès l'arrêt du train, il court comme un fou à travers la ville à la recherche d'un pharmacien qui lui vendit une seringue et de la morphine.

L'action de l'héroïne est beaucoup moins grande mais plus durable. Localement la piqure est douloureuse, déterminant de la tension, de la cuisson, à l'endroit piqué. Au bout d'un ins-

tant la malade a dans la bouche un goût cuivré désagréable, peu à peu l'euphorie apparaît, augmente, pour diminuer quatre à cinq heures après. Pas de suractivité respiratoire, l'excitation n'est pas excessive, plutôt normale, le caractère n'est pas changé, le sujet a conscience qu'il est bien portant, actif et se livre au travail avec son ardeur habituelle. Absolument aucune jouissance, pas d'hallucinations. Les sentiments de temps et d'espace sont conservés. Il a suffi à M. N... de s'injecter à l'héroïne pour voir disparaître dès lors tout désir sexuel. Par contre l'abstinence est moins pénible, elle donne lieu à des malaises, à de la courbature, des crampes. L'injection d'héroïne dans les veines cause des bouffées de chaleur intense, des vertiges, des éblouissements, plus peut-être que la morphine. L'héroïne amène rapidement une constipation opiniâtre, des insomnies, l'amaigrissement, la perte d'appétit, la cachexie.

Etat actuel. — Amaigrissement prononcé.

Langue très sale (enduit jaunâtre épais) mais humide. Appétit nul. Constipation extrême sans laxatif au lavement M. N... ne va à la selle qu'une fois par semaine. Depuis sa dernière opération de fistules, M. N... a de l'incontinence du sphincter anal dès qu'il fait quelque effort. Selles un peu blanches. Météorisme abdominal. On ne sent pas la rate à la percussion. Foie très petit = 0,07

A eu vers 1899 une congestion pulmonaire avec lésion prédominante à gauche. Sonorité normale, respiration un peu soufflante à gauche, quelques râles ronflants et sous-crépitants dans les bases.

Myocardite, la pointe du cœur se perçoit très difficilement par le palper, bruits du cœur sourds, le premier bruit est soufflant à la pointe. Pouls variant entre 140 et 80 pulsations.

Polyurie et pollakyurie. Excès d'urates d'ammoniaque et de phosphates ammoniaco-magnésiens, pas d'albumine vraie, pas de sucre. L'urine est anormale : elle renferme une albumine alcaloïdique en quantité trop petite et de réaction trop peu caractéristique pour avoir pu être identifiée. Nous n'avons pu décider si cette albumine est une partie éliminée de l'alcaloïde, absorbé ou seulement constituée par des toxiques.

Trois ou quatre heures par nuit de mauvais sommeil coupé de réveils fréquents et brusques. Le matin M. N... a la tête lourde, la bouche sèche et éprouve une lassitude générale.

Réflexes patellaires exagérés. Sensibilité normale. Un peu de retard dans la perception des sensations. Les pupilles en myosis réagissent faiblement à la lumière.

La peau est couverte de cicatrices de piqûres. Deux traces d'anthrax, l'un ancien à l'épaule gauche, ouvert spontanément ; l'autre plus récent à la cuisse gauche et ouvert au bistouri. Peau sèche, extrémités froides et cyanosées, quoique M. N... se plaigne toujours du froid.

12 janvier piqûre 2,50. Urines 1500 grammes.

15 — piqûre 2,20. Urines 1500 grammes.

15 — piqûre 0,90. Urines 1200 grammes.

16 — piqûre 0,40. Urines 3 litres.

17 — piqûre 0,40. Urines 1550 grammes.

18 — piqûre 0,36. Urines 2700 grammes.

19 — piqûre 0,32. Urines 2250 grammes.

20 — piqûre 0,24. Urines 2200 grammes.

21 — piqûre 0,30. Urines 2600 grammes.

22 — piqûre 0,22. Urines 2500 grammes.

23 — piqûre 0,18. Urines 2500 grammes.

24 — piqûre 0,12. Urines 2400 grammes.

25 janvier $\left. \begin{array}{l} 0,02 \\ 0,02 \\ 0,04 \end{array} \right\} 0,08. \text{ Urines } 1750 \text{ grammes.}$

25 janvier. La dernière injection (0,04) a eu lieu à 7 heures du soir. L'effet a duré jusqu'à minuit 1/2 environ. L'agitation commence pour atteindre son paroxysme à 5 heures du matin. M. N... se lève, s'assied, se couche dans les poses les plus bizarres pour chercher à calmer ses souffrances (suffocations, courbatures, bouffées de chaleur, crampes des mollets, éternuements, bâillements répétés).

Il pousse des cris, injurie les personnes de son entourage et se laisse même aller à des voies de fait. Il ne cesse de réclamer une injection d'héroïne. On essaye de lui donner le change, mais vainement, en lui injectant de 1 heure 1/2 à 9 heures du matin 2 grammes d'huile camphrée en deux fois et 5 grammes de spartéine.

A 8 heures du matin les douleurs, la suffocation, les crampes, sont de plus en plus vives. M. N... veut s'en aller à tout prix, il finit par céder à nos exhortations et prend un bain à 37 degrés d'un quart d'heure, avant lequel on fait une injection de 25 grammes de caféine. Soulagement immédiat et prolongé.

Le pouls très bon, très bien frappé a varié (80-96).

Midi, les malaises reprennent :

Huile camphrée, 1 gramme.

Un bain de 3/4 d'heure à 37°. M. N... éprouve un grand bien-être. Pouls excellent. A la sortie du bain tendance à la lipothymie. On fait 10 grammes de caféine.

Après-midi assez calme, plus de suffocations, mais par instant crampes des mollets, névralgies violentes du sciatique. On masse les parties douloureuses sans grands résultats.

A 6 heures, les crampes deviennent plus fortes avec exacerbations. Un bain de un quart d'heure donné à 7 heures, ne les calme pas. Grande agitation (3 grammes d'huile camphrée).

Le poulx toujours bien frappé, vibrant, est à 100.

8 heures, poulx 100. Température 38°.

M. N..., a pris une purgation et a eu quatre fortes selles. Urines 1000 grammes.

10 heures, poulx 100, douleurs moins vives. M. N... est plus calme et essaye, mais en vain de reposer. Minuit, poulx 100, moins vibrant 1/2. (3 grammes d'huile camphrée).

A été tranquille toute la nuit : a souffert seulement de crampes dans les mollets.

27 janvier. Poulx 88, très bon. Température 37°8.

A 8 heures du matin, depuis la veille, M. N... n'avait émis que quelques gouttes d'urine bœueuse. Matinée satisfaisante. A vomi deux fois des matières glaireuses.

Vers 1 ou 2 heures céphalalgie frontale qui persiste et augmente. Anurie, le poulx monte à 120.

On fait 25 grammes de caféine, puis on injecte 500 grammes de sérum physiologique. Anurie persistante.

Le poulx ralenti devient meilleur 88-84.

A 5 heures prend un bain de vingt minutes à 37°, le poulx toujours très bon entre 84-88 ; on fait 25 grammes de caféine. Température 38°.

3 heures 1/2. M. N... se plaint de fatigue, de céphalalgie frontale, de tiraillements intermittents dans les mollets. Poulx 88.

La langue est moins saburrale, l'enduit moins épais, muqueuse humide, non dépolie.

Les pupilles réagissent à la lumière.

A vomi des matières glaireuses, trois fortes selles, méloena.

8 heures, taux de l'urine de la journée : 60 grammes, boueuse, très chargée. On fait 250 grammes de sérum. Pouls 84. Céphalalgie. Nausées.

9 heures. Nausées, dyspnée, inhalations d'oxygène. Cela fait vingt-cinq heures que l'anurie persiste. Saignée de la céphalique. On retire à grand'peine 150 grammes de sang, noir, poisseux qui se coagule immédiatement. Extrême anxiété. On injecte 1000 grammes de sérum, 25 centigrammes de caféine (dans la journée sérum 1600 grammes, caféine, 0,75) M. N..., prend deux cachets de 0 gr. 30 de théobromine.

Minuit. Dyspnée. Anxiété croissante. Pouls : 96.

Minuit et demi. M. N..., rend un peu d'urines vert très foncé.

28 janvier. — T. : 38°5. Pouls excellent de 96 à 100. Trois selles abondantes et liquides. En vingt-quatre heures 3980 grammes d'urines.

Plus de dyspnée, céphalalgie, malaises.

29 janvier. — Pouls 92-96. Urines 2.200 grammes.

30 janvier. — Pouls 100. Urines 100. M. N..., très agité, tourmenté par l'insomnie, quitte la maison,

Nous avons appris qu'il avait repris les injections de morphine peu de temps après. Le malade a exprimé lui-même de façon saisissante les différences subjectives des sensations procurées par la morphine et par l'héroïne. Objectivement, nous avons pu constater combien était rapide la cachexie héroïnique et quels dégâts considérables cet alcaloïde pouvait commettre dans l'organisme.

Notons que certains malades supportent fort mal le sevrage. M. N..., est de ceux-là. La suppression de morphine en 1900 fut extrêmement pénible, marquée par une syncope grave. La suppression d'héroïne en 1904 fut très dramatique à cause de cette anurie de 29 heures.

b). *Phosphate de codéine*. — Nous avons vu substituer le phosphate de codéine en injections sous-cutanées à la morphine. On fit deux essais : ils furent déplorables. On se fondait sur cette opinion que le phosphate de codéine ne détermine pas d'euphorie, partant pas d'accoutumance. Les deux victimes de cette médication entrées morphinomanes, sortirent codéinomanes. Acharnées à rechercher une euphorie infidèle et passagère, elles dépassèrent bientôt 1 gramme l'une et l'autre. Le premier de ces malades est resté codéinomane à des doses toujours croissantes, il est actuellement dans un état analogue à la cachexie morphinique. L'autre, étant un jour à la campagne et manquant de codéine s'est résolument injecté morphine et cocaïne. On a vainement essayé à plusieurs reprises de le sevrer de ces toxiques.

2° *Chloral*.

Les chloralomanes purs sont rares, — et pour cause — la saveur du chloral, sa causticité, ses effets uniquement hypnotiques suffisent à expliquer ce fait. Des morphinomanes deviendront chloralo-

manes, tantôt à la suite d'un traitement mal compris, tantôt de leur propre mouvement pour ajouter à l'euphorie morphinique l'hypnose chloralique. L'état de besoin peut s'accompagner de symptômes alarmants, mais en règle générale, les phénomènes d'abstinence sont moins douloureux et moins violents que ceux qu'on observe dans l'abstinence morphinique. Aussi peut-on supprimer le chloral brusquement, sans grand inconvénient. Outre les phénomènes somatiques qu'a notés Rehm (paralysie vaso-motrice, abaissement de la température centrale, éruptions cutanées, gangrènes, tendance aux hémorragies, diarrhée, anorexie, douleur à l'épigastre, subictère, tuméfaction de la rate), le chloral par l'action particulière qu'il exerce sur l'encéphale détermine des troubles psychiques très prononcés : apathie, état anxieux ou maniaque. Une dame chloralomane éprouvait sous l'influence du chloral outre de violents accès de jalousie à l'égard de son mari des hallucinations de l'ouïe et du goût. Ces états vésaniques peuvent persister longtemps après la suppression.

3° *Ether.*

Nous avons observé un seul cas d'éthéromanie chez un morphinomane invétéré qui, pour tromper le temps, en attendant sa piqûre, respirait de l'éther. Le tableau était exactement celui de l'ivresse éthylique : La face se congestionnait ; le regard deve-

nait hébété, le malade bredouillait, gagnait son lit en chancelant et s'endormait d'un lourd sommeil.

4° *Cocaïne.*

Nous allons insister plus longuement sur l'intoxication chronique par la cocaïne.

L'étiologie est la suivante : Un morphinomane ne peut supporter la douleur causée par la piqûre, il ajoute quelques gouttes d'une solution de cocaïne à sa morphine. Bientôt il constate que non seulement l'injection a cessé d'être douloureuse, mais que l'euphorie se produit plus vite. Il ne manque pas de rapporter ce bénéfice à la cocaïne dont il augmente les doses. La cocaïne donne une euphorie immédiate, intense, mais passagère, un besoin irrésistible d'activité musculaire auxquels succède bientôt la plus durable et plus calme euphorie morphinique.

On a essayé de traiter la morphinomanie par la substitution de cocaïne. Cette méthode jouit encore d'un certain succès : succès dû à l'ignorance ou au parti pris car le remède est bien pire que le mal, et jamais peut-être on ne commit une faute thérapeutique plus lourde et plus grossière.

La cocaïne est un poison redoutable qui amène une cachexie très rapide et détermine, surtout du côté du système nerveux, de graves troubles dont voici les principaux :

Anesthésie générale et spéciale.

Hyperesthésie, crampes.

Illusions de la vue { micropsie, macropsie, chroma-
tropsie, visions d'animaux, de
points qui se déplacent.

Hallucination de l'ouïe.

Hallucination du toucher, sensation de corps étrangers, de vers cheminant sous la peau.

Troubles de la motilité, convulsions, attaques épileptiformes.

Troubles de l'intelligence. { Affaissement rapide.
Idées de persécution.
Idées délirantes.

Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter les deux observations suivantes :

OBSERVATION II (Personnelle).

M. N..., 40 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Constitution faible, tempérament nerveux. A partir de 16 ans, accès très fréquents de somnambulisme, crises d'hystérie (sensation d'étouffement, mouvements cloniques, perte de connaissance, fin de la crise marquée par de la polyurie et des pleurs).

A 23 ans attaque de fièvre paludéenne, les accès se renouvelèrent pendant deux ou trois ans.

A 24 ans, pleurésie, ponction d'un demi-litre de liquide fibrineux.

A 28 ans, scarlatine suivie d'une albuminurie qui dure 5 mois.

En mars 1892, perd sa mère. Crises d'hystérie subintrantes

qui durent 10 jours. Insomnie. Tic de l'orbiculaire des lèvres qui cède au traitement bromuré. Elève en pharmacie, M. N..., use contre son insomnie de tous les hypnotiques possibles. Le 15 juillet 1892, se fait une première piqûre de morphine qui procure au malade le sommeil et un bien-être inexprimable. Pendant 6 mois reste à 0 gr. 25. En 1894 est à 1 gramme ; par la force de sa volonté et secondé par sa femme, M. N... descend peu à peu jusqu'à 0 gr. 15. Mais en 1895 à la suite d'une grosse perte d'argent, M. N..., se fait en quelques heures 1 gramme de morphine : il en résulte un état de torpeur qui dure deux jours.

M. N... continue l'usage de la morphine : il ne pèse même plus et fait ses solutions à saturation. En 1899 il est à 4 grammes. Il essaye de diminuer mais pour remonter bientôt ; en 1902 il est de nouveau à 4 grammes par jour. En mars 1902, souffrant d'un abcès du bras, M. N... s'injecte 0 gr. 10 de cocaïne. Il continue l'usage des deux alcaloïdes. En 1903 (janvier), à la suite de nouveaux abcès, M. N... augmente les doses de cocaïne, 2 grammes de cocaïne par 24 heures, 4 grammes de morphine.

M. N... est reçu pharmacien, il a une très forte clientèle et il nous dit : « Trouvant que la cocaïne me procurait de l'excitation et me donnait beaucoup d'énergie pour mon travail, je continuai à augmenter les doses sans être atteint d'aucun accident. » Un jour cependant que privé de ses toxiques depuis 4 ou 5 heures M. N... se fit coup sur coup plusieurs piqûres très fortes, il eut des palpitations atroces suivies d'une longue syncope.

En mars 1903, le somnambulisme reprend. M. N... se relève la nuit pour faire des examens au microscope ou descendre à sa pharmacie. Vers cette époque, un matin M. N... est pris de

de démangeaisons généralisées, il a la sensation de myriades de vers courant sous la peau, il voit tout autour de lui grouiller des vers blancs, il les entend crier sous ses pas. Affolé, il se fait au bistouri de longues incisions sur des cicatrices d'anciens abcès et il en voit sortir des microbes en quantité. « J'avais cinq chiens, dit M. N..., je les appelle, les examine et je leur ouvre toutes les cicatrices de morsures, partout des microbes ! Je poursuis ma femme et mon élève, le bistouri à la main pour leur ouvrir le moindre bouton de leur visage, réceptacle de microbes ! Le soir, à la lumière du gaz, je vois les microbes se transformer en mouches et voler de tous côtés. Je veux me suicider. Je passe la nuit à me frotter tout le corps à la liqueur de Van Swieten. Cet état dura 4 jours, au café je vois des microbes dans mon bock, au dîner dans mon potage, etc. Le cinquième jour, après une bonne nuit, toutes ces hallucinations avaient disparu.

« Le 29 juillet, à la suite d'une grande contrariété, je m'injecte 6 grammes de cocaïne et 5 grammes de morphine. Folie furieuse. Je veux tuer ma femme, persuadé qu'elle me trompe. » Emmené par son père dans le Midi, M. N..., casse sa bouteille de solution à 7 heures du soir, il reste en état d'abstinence jusqu'au lendemain matin à 9 heures. « J'eus des accès maniaques pendant la nuit : je brisai le mobilier de ma chambre, j'éternuais et je vomissais constamment. ... En janvier 1904 par la seule force de ma volonté ; j'étais descendu à 0 gr. 75 de chaque alcaloïde. A ce moment, vives contrariétés. Je remonte à 3 grammes de morphine, 3 grammes de cocaïne. Je garde le lit ; je vois tout autour de moi, courir partout des myriades de puces ; je rends la vie intenable à ma pauvre femme. Une jalousie féroce s'empare de moi. Je ne voulais pas qu'elle sortît, persuadé

que dans la rue, elle se donnait au premier venu. Persuadé qu'on allait m'enlever pour m'enfermer, je passais mon temps à la fenêtre et j'interpellais les cochers ou bien je regardais sous les meubles, cherchant les amants de ma femme. Je voulus me pendre. Persuadé que notre chambre à coucher était percée de trous par où on nous épiait, je défendis à ma femme de se déshabiller à la lumière et j'écrivis une lettre au commissaire de police. A ce moment pendant le sommeil de ma femme, je lui volais son portemonnaie ; habillé sommairement, j'allais chercher morphine et cocaïne et je rentrais bien vite.

« Quand j'ai commencé à m'injecter de la cocaïne, j'éprouvais une vive jouissance. Cinq minutes après la piqûre mon sang semblait couler plus chaud, je riais aux éclats. Je sortais, j'achetais des bibelots, des friandises, des choses épicées.

« Mon plus grand bonheur était de faire ma piqûre dans une veine : une bouffée de chaleur me montait alors à la face, tout un spasme me secouait, j'éprouvais une volupté intense, il me semblait que mon corps se dissolvait. »

Au moment de son entrée, M. N..., était absolument obnubilé ; il avait le regard hébété et répondait à peine aux questions qu'on lui posait. Il était très amaigri. Poids : 125 livres.

Il était à 1 gramme de cocaïne et à 1 gramme de morphine.

On supprime la cocaïne brusquement sans trop de mal : on met douze jours à le ramener à zéro pour la morphine. Ce ne fut pas sans incidents. Pendant tout ce temps, M. N..., absolument halluciné brisait tout, poussait des cris affreux, voulait tuer tous les amants de sa femme, ou bien à plat ventre cherchait des puces dans les interstices du plancher. Il supporta cependant courageusement la suppression. Il partait au bout

de trois semaines en excellente santé et ayant augmenté de 25 livres.

Nous avons appris que M. N... était redevenu morphinomane et se trouvait dans la misère.

OBSERVATION III (Personnelle).

M. N..., 44 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père s'est suicidé à 60 ans, c'était un déséquilibré qui s'occupait uniquement de spiritisme.

La mère est une grande hystérique avec des idées de persécution vis-à-vis de son fils.

Antécédents personnels. — Dès son adolescence, M. N... avait déjà fait le tour du monde. A 23 ans, aux Indes, eut le choléra. Pendant 2 jours, il s'injecte 0 gr. 10 de morphine. A 25 ans, à Java, M. N... souffre de la dengue, un médecin met à sa disposition une seringue et de la morphine. M. N... devient morphinomane (0 gr. 40 par jour au bout de 3 mois), mais morphinomane intermittent. Il est quelquefois deux ou trois jours sans se faire d'injections. En 1885, rentre à Londres, il a 26 ans, dose journalière : 1 gramme. Il se fait démorphiniser, mais au bout de quelques semaines il est bien vite remonté à 1 gramme. Nouvelle démorphinisation en Suisse : (méthode substitutive, alcool et cocaïne à laquelle on substitue le chloral). M. N... non démorphinisé va en Allemagne. Il entre dans une maison de santé où on le ramène à zéro par la méthode rapide. Regagne Londres et reste deux ans sans se repiquer. Mais en 1888 ruiné, mourant de faim, M. N... reprend les piqûres, 0 gr. 10 par jour. Quatrième démorphinisation

pendant laquelle apparaissent des accidents syphilitiques tertiaires (2 gommès à la région inguinale).

En 1889 reprend deux fois de la morphine et est démorphinisé une cinquième et une sixième fois.

En 1890, sa famille essaye de le faire interner. M. N... essaye de se suicider en s'injectant, sans que se produise l'effet cherché, le mélange suivant :

morphine.	. . .	} à 0 gr.50
cocaïne	. . .	
chloroforme	. . .	

En novembre 1901, en pleine Afrique, fatigué, mangeant à peine, M. N... se repique : il est bientôt à 1 gramme : la morphine lui manque tout d'un coup, aux symptômes de l'abstinence s'ajoutent un accès de malaria et un empoisonnement par l'acétate de plomb que M. N... a pris pour du sulfonal. Impotence complète, paralysie, qui durent plus d'un mois. Quelques mois après, fièvre bilieuse hématurique.

Reste trois ans sans prendre de morphine. En 1894, en Europe, à la suite d'ennuis, reprend les piqûres, 0 gr. 15 morphine, 0 gr. 15 cocaïne. Huitième démorphinisation.

De 1895 à 1903 fait des voyages à Khartoum, à Madagascar, à l'Ile-Bourbon, en Afrique. Contracte le scorbut. Entre temps, il profite de ses séjours en Europe pour se faire démorphiniser. Quand nous avons connu M. N... il en était à sa vingt-deuxième démorphinisation. Il se faisait d'ailleurs démorphiniser dès que l'euphorie diminuait et uniquement pour se reconstituer une virginité morphinique.

M. N... entre autres stigmates de dégénérescence présentait un prognathisme inférieur très prononcé. Albuminurie légère. Pas de signe d'Argyll, mais abolition complète des réflexes.

Il était entré à 0 gr. 25 morphino-cocaïne, il repartit avec les mêmes doses ; il se faisait apporter du dehors des quantités colossales de morphine qu'il distribuait généreusement aux autres morphinomanes en traitement !

Il présentait des hallucinations visuelles très nettes : vers, points qui se déplacent. M. N... voit la maison d'en face s'écrouler, la porte se déplacer, le pied du lit s'enflammer, des lueurs étranges illuminer la chambre. M. N... changeait d'hôtel tous les jours..... quand il ne se faisait pas mettre à la porte. A Londres, persuadé que les personnes qui habitaient la chambre au-dessus de la sienne, « lui en voulaient » il fit monter chez eux par un trou creusé au plafond un tube de verre adapté à un appareil à chlore ! Sa mère, disait-il, avait lancé à sa poursuite des agents chargés de le faire interner, et comme elle n'y pouvait parvenir, elle cherchait aussi à l'empoisonner : M. N... passait son temps à examiner à la loupe les serviettes hygiéniques dont il s'était servi, pour y découvrir les fragments de verre, que sa mère faisait mélanger à ses aliments. Ou bien, pendant des heures entières, notre malade examinait des boussoles et des galvanomètres attachés aux barreaux de son lit, etc.

M. N... a continué l'usage des toxiques. Il est interné à l'heure actuelle dans un asile. Il était devenu extrêmement dangereux.

Nous ne ferons que signaler parmi les autres toxiques : l'alcool (il n'est pas un morphinomane qui ne soit un alcoolique), le chloroforme, le bromure de potassium, le haschich, on a signalé aux Etats-Unis le théisme, la naphtomanie et la strychnomanie.

CHAPITRE IV

Traitement.

A. — *Traitement Prophylactique.*

Médecins, pharmaciens, droguistes, charlatans, auteurs de publications spéciales sont inégalement responsables des cas de morphinomanie.

Nous n'irons pas jusqu'à demander avec Chambard, qu'en vertu des articles 1382 et 1383 du Code civil, le médecin coupable d'avoir créé un morphinomane soit condamné pour « faute lourde » à une réparation première. Dieu merci, la négligence et l'imprudence sont beaucoup plus rares dans notre profession qu'on se plaît généralement à le dire ! Il suffit que le médecin soit averti des dangers auxquels il expose son client ! Le praticien se gardera certes, d'oublier que la morphine est un médicament merveilleux, mais il en devra aussi considérer les graves inconvénients. Il ne pratiquera donc d'injections qu'à bon escient, après avoir examiné le tempéra-

ment et le caractère de ses malades. Si son client est un dégénéré, un hystérique, il sera bon d'user de préférence d'autres médicaments sédatifs. Si l'effet est nul, c'est alors seulement qu'il faut songer à recourir à la morphine. Il est d'ailleurs des cas bien définis où elle trouve naturellement son emploi : Cancers inopérables, brûlures étendues, péritonites, coliques hépatiques et néphrétiques, crises d'asthme rebelles, névrites des phtisiques. Le médecin fera les injections lui-même avec sa propre seringue et sa propre solution qu'il portera toujours sur lui.

De la sorte plus d'ordonnance « à renouveler ». Et si le malade insiste pour savoir quelle est cette drogue incomparable, il sera toujours temps de la baptiser d'un faux nom.

De leur côté, les pharmaciens devront observer plus scrupuleusement que jamais l'article 32 de la loi de germinal et refuser d'exécuter telle ordonnance suspecte.

Il serait nécessaire que le Parlement reprît la loi du 29 octobre 1846 pour en donner une nouvelle rédaction plus complète et plus explicite : les pharmaciens seuls seraient autorisés à vendre des poisons. Tout droguiste ou autre commerçant qui enfreindrait la loi serait condamné à des peines sévères.

Enfin nous demanderons que les misérables qui se font une profession lucrative de fournir du poison aux morphinomanes soient frappés avec la dernière rigueur pour exercice illégal de la médecine, sinon pour empoisonnement.

C'est aussi du délit d'exercice illégal de la médecine et d'outrage aux bonnes mœurs que devraient avoir à répondre les auteurs d'ouvrages de vulgarisation médicale. Ces publications devraient être systématiquement saisies au fur et à mesure de leur apparition.

B. — *Traitement curatif.*

Les divers modes de traitement reposent sur l'idée qu'on se fait de la physiologie pathologique de la morphinomanie. Il importe donc de savoir ce que devient la morphine injectée. Est-elle détruite ? ou bien, après avoir traversé l'organisme, s'élimine-t-elle en tout ou en partie ? Est-elle décelable dans les sécrétions ? Tout le monde est d'accord à l'heure actuelle pour admettre que : la plus grande partie de la morphine s'élimine rapidement par le rein surtout, par la muqueuse gastrique, les glandes salivaires et sudoripares ; qu'au contact de l'oxygène du sang elle s'oxyde et se dédouble en oxymorphine et en morphine amorphe. Une partie seulement est éliminée, le reste subit une véritable fixation anatomique. Ball, Antheaume et Pouchet ont décelé la présence de morphine dans les reins, la rate et le foie. L'accumulation peut être considérable comme le montreront les deux faits suivants cités par le professeur Joffroy : « Feré eut à soigner une hystérique de vingt-deux ans, enceinte de six mois qui, depuis plus de trois ans, pre-

nait chaque jour, en injections sous-cutanées, jusqu'à 24 centigrammes de morphine. Une tentative de suppression amena des coliques utérines, telles que que l'on dut renoncer à cet essai. Comme corollaire à cette observation, on doit noter qu'au moment de l'accouchement cette femme s'injectait encore 13 centigrammes de sel toxique, que malgré cela l'enfant vint heureusement au monde, mais que brusquement démorphinisé, il eut une agitation très manifeste qui ne se calma qu'après soixante-six heures.

Winckel rapporte un fait analogue, c'est le cas d'un nouveau-né, fils d'une femme-médecin, atteinte de morphinomanie, qui faillit mourir de la suppression brusque du poison qu'il puisait dans le placenta maternel. Une forte dose d'opium supprima les accidents.

C'est cette persistance du poison dans l'organisme qui nous explique les symptômes de l'abstinence et les accidents de sevrage. »

Nous pouvons distinguer cinq grandes méthodes de démorphinisation :

La méthode substitutive ;

La méthode brusque ;

La méthode lente ;

La méthode rapide ;

La méthode psychothérapique.

Avant de les discuter, nous poserons en principe qu'il est inutile d'essayer de démorphiniser un malade à domicile, voire même dans un hôpital ordinaire. Le

traitement nécessite un isolement absolu de plusieurs mois dans un asile ou dans une maison de santé spéciale.

Méthode substitutive. — Nous avons dit ailleurs ce que nous en pensions. Ne fût-elle pas dangereuse elle serait au moins stérile. Ce dont les morphinomanes se plaignent le plus après la suppression, c'est d'une insomnie persistante. Si, cédant à leur désir, on les gorge de chloral, de bromures, de trional, d'opium même, ces médicaments n'agiront pas. Ces faits suffiraient à condamner la méthode.

Méthode brusque. — Nous éliminons comme brutale et périlleuse la méthode brusque de Lewinstein. Elle doit être abandonnée : la morphinomanie fût-elle toute récente, les doses réduites au minimum et le sujet très fort. Soumettre son malade à la méthode brusque, c'est l'exposer de gaité de cœur à l'anurie, au collapsus cardiaque, voire même à des accès de manie aiguë.

Méthode lente. — Bien mauvais aussi sont ses résultats.

Comme le remarque Kruyt, c'est à elle qu'ont recours les malades qui veulent se traiter eux-mêmes et à domicile. Pendant quelques jours, le morphinomane essaie de se supprimer une, deux injections. Mais il ne tarde pas à perdre courage et souvent monte d'emblée à une dose plus forte qu'avant. Si, alors, il s'adresse à un médecin, c'est encore suivant la méthode lente que ce dernier procédera et naturellement avec le même insuccès.

Elle consiste à retrancher chaque jour une quantité variable, ordinairement très petite, de la morphine injectée la veille, en se fondant sur l'intensité des phénomènes d'abstinence et sur l'état général du patient. C'est un mode de traitement empirique, incertain, qui exige un temps fort long, énerve et fatigue le morphinomane. Si l'on parvient à le ramener à zéro, ce qui est l'exception, on se sera donné bien du mal en pure perte. Sourd aux objurgations de son médecin, le malade exige sa sortie immédiate et, dès le jour même, se repique. Le plus souvent, le traitement reste en suspens. Des malades soumis à cette méthode, les uns las, à bout de patience, s'en vont bien avant la fin ; les autres très heureux, sans souci, se morphinisent à loisir avec le poison qu'ils reçoivent du dehors et usent du moindre prétexte pour extorquer à leur médecin une piqûre supplémentaire.

Disons d'ailleurs, à leur excuse, que, malgré sa longue durée et ses apparents avantages, ce mode de sevrage ne met nullement à l'abri des phénomènes d'abstinence, qui font leur apparition à la fin de la cure.

Il nous reste à choisir entre deux méthodes vraiment sérieuses parce qu'elles sont rationnelles et tiennent compte toutes les deux de la physiologie pathologique.

Méthode rapide. — Il faut d'abord mettre le malade en état de surmonter les dangers de la suppression. On examinera soigneusement le cœur,

l'appareil circulatoire, le tube digestif, le foie et le rein. On supprimera brusquement toutes les intoxications surajoutées, on entretiendra soigneusement l'élimination par des diurétiques et des purgatifs fréquents. Le malade devra se suralimenter et observer une sévère hygiène physique et morale. Tel est ce que le Dr Joffroy appelle le « traitement préparatoire à la démorphinisation ».

Il est bien rare quand on demande à un malade quelle quantité de morphine il s'injecte chaque jour, qu'il réponde exactement. Quelquefois par un sentiment de fausse honte très singulier et qu'il regrettera amèrement par la suite, il donnera un chiffre inférieur, ou plutôt il indiquera sa ration de luxe, la dose massive qu'il s'est offerte avant d'entrer. Dès le début, on supprimera brusquement la moitié de cette dose, ce qui restera sera chaque jour diminué de moitié. Un jour viendra où cette quantité sera si minime, produira si peu d'effet qu'on pourra mettre son malade en suppression. Jusqu'au dernier moment on respectera les doses du soir et d'avant les repas. Cette période de suppression n'excédera jamais dix jours.

On aura recours à des adjuvants précieux : sulfate de spartéine, caféine, huile camphrée qui sont d'excellents toniques du cœur. bains chauds, douches tièdes, massages dont les effets sédatifs sont remarquables. Quelques minutes par jour seront consacrées à la gymnastique de chambre préconisée par Jennings et qui constitue, à la fois, un bon exer-

cice et un agréable passe-temps. On luttera contre l'hyperchlorhydrie de la démorphinisation qui fatigue tous les malades par la « démorphinisation clinique » d'Erlenmeyer : lavages de l'estomac à l'eau alcaline.

Pas de collapsus, de mort subite, d'anurie, courte durée des symptômes d'abstinence et du sevrage, ce qui permet une longue convalescence, un traitement moral, fructueux. Tels sont les grands avantages de la méthode Lewinstein-Erlenmeyer. Elle est applicable aux cas de morphinomanie récents, à tout sujet dont le cœur et les reins sont intacts.

Méthode psychothérapique. — Par contre, si la cachexie est trop prononcée, si l'état du cœur et du rein inspire quelque inquiétude, si son client souffre d'une grave affection intercurrente, le médecin devra recourir à la méthode psychothérapique décrite par le professeur Joffroy. Cette méthode fut appliquée par lui, avec bonheur à une cardiaque morphinomane. C'était une jeune femme de trente ans, qui, à la suite de quatre attaques successives de rhumatisme articulaire aigu présentait une insuffisance et un rétrécissement aortique, avec dilatation de l'aorte ascendante.

On assure d'abord au malade, qu'étant donné son état, il va recevoir sa dose habituelle à heure fixe, en six piqûres par vingt-quatre heures au maximum, et qu'on reporte à une époque indéterminée, la démorphinisation qui sera d'ailleurs très douce. Durant une période variable, le malade reçoit, en effet, la

quantité qu'il a fixée. C'est seulement lorsqu'il aura repris du poids et de la force, qu'on entreprendra le sevrage progressif. Cependant on bercera le malade qu'il reste toujours à la dose initiale. A son insu, est changé le titre de la solution, c'est toujours la même quantité de liquide (solution de morphine dans du sérum de Hayem additionné de quelques gouttes de gentiane) qu'on injectera et le morphinomane sera bien pris à cette petite supercherie.

Le secret le plus absolu doit être gardé. « Les morphinomanes, dit Kruyt, savent que la démorphinisation ne va pas sans douleurs et, comme le malade est devenu sous l'influence de son intoxication un sujet d'une hyperesthésie extrême, il a une grande épouvante de ces douleurs qu'il croit nécessairement liées à toute méthode de traitement. Aussi, lorsqu'il arrive à la fin de la cure dans la méthode lente et progressive habituelle, le malade qui n'a jamais cessé d'être au courant de toutes les phases de son traitement se prépare à souffrir et exalte encore cette sensibilité douloureuse par son attente anxieuse. »

Le médecin lui-même peut arriver à ignorer lui aussi les doses qu'il injecte s'il procède de la façon suivante :

Soit quatre flacons A, B, C, D, de contenance égale. A renferme une solution de morphine à 0,03 par centimètre cube — B à 0,02 — C à 0,01 — D du sérum physiologique. La première injection étant, par exemple, de 0 gr. 03 puisés en A, on comble la différence par un centimètre cube retiré de B ;

de B par un centimètre cube retiré de C ; de C par un centimètre cube de sérum pris en D et ainsi de suite. Ainsi, diminue insensiblement le taux de la solution. D, puis C, puis B seront vides, alors que A sera encore plein : avec le dernier centimètre cube qu'il contient finira la démorphinisation. Le malade ne devra rien soupçonner et le médecin continuera à lui injecter de petites quantités de sérum, tant qu'il le jugera nécessaire. « Il est vraiment curieux, dit le professeur Joffroy, d'observer combien le malade qui reçoit des injections, toujours aux mêmes doses et aux mêmes heures, reste indifférent au changement de titre de la solution. C'est ainsi que j'ai pour habitude de faire diminuer du premier coup du tiers, ou même de moitié, la dose initiale de morphine, sans que rien dans la manière d'être du malade vienne indiquer qu'il est sensible à cette diminution considérable. Les solutions de morphine étant ainsi de plus en plus diluées, le malade finit par être démorphinisé en trois ou quatre semaines sans avoir présenté le moindre accident... En général, on n'a à noter que quelques phénomènes diarrhéiques qui sont trop peu accusés pour attirer l'attention du malade et lui faire soupçonner la vérité. Et la privation de morphine est si bien ignorée des malades qu'il m'est arrivé de les trouver incrédules, quand je leur annonçais leur complète guérison. »

Bien plus « la méthode de M. Joffroy, dit Kruyt, ne supprime pas seulement les douleurs de la démorphinisation, mais encore en atténue considérable-

ment la plupart des autres accidents. Dans l'éréthisme cardio-vasculaire, si fréquent à la période d'abstinence, l'influence névropathique exerce aussi son action et l'on s'explique que les palpitations soient beaucoup plus rares chez des morphinomanes ignorant à quelle période du traitement ils se trouvent. De même ces symptômes cholériformes, qui dans la période de suppression brusque peuvent atteindre une gravité parfois mortelle, ne sont plus représentés que par une ou deux selles diarrhéiques ».

Ce qui fait la valeur de cette méthode c'est la psychothérapie elle-même. Le traitement moral n'est pas un simple adjuvant mais l'élément capital : il est la condition même de la réussite. Nos malades sont tous des hystériques, il faut user avec eux de la suggestion à l'état de veille.

Si le médecin entend se borner à supprimer le toxique, il n'aura rempli que la moitié de sa tâche : il eût mieux valu ne rien entreprendre. A quoi bon ? puisque son client se repiquera fatalement ? Il reste à remplir une œuvre autrement difficile, mais combien haute et noble ! d'un malheureux redevenu un triste enfant gâté faire un homme ; à cet être faible, désarmé, dépourvu de tout sens moral rendre la dignité et la fierté perdues !

Tout le temps du sevrage, le médecin ne quittera pas son client, il le distraira de ses souffrances et l'encouragera. Il entre dans les douleurs de la démorphinisation, si aiguës soient-elles, un élément psy-

chique important. Par la suggestion seule il est possible d'obtenir un grand apaisement.

Mais c'est surtout pendant la convalescence que le traitement moral s'impose. Alors les regrets, l'isolement, les obsessions, l'ennui se feront sentir. Entre malade et médecin ce sera une collaboration de tous les instants pour empêcher tout retour vers le passé. Le médecin surveillera jalousement les fréquentations de son client, trop disposé déjà à tout grossir, à tout interpréter. Une parole maladroite, ou perfide, peut détruire l'œuvre de tant d'efforts.

Le travail est le meilleur calmant et le plus grand remède contre l'ennui, qu'il soit d'ordre intellectuel ou physique. Le malade travaillera d'une façon progressive mais sans jamais se surmener. Tous les morphinomanes sont de grands lecteurs. De ces lectures, cause de leur perte, le médecin fera un puissant moyen de régénération. Nos malades sont déjà exaspérés de romans : « Littérature malade comme l'a dit Goëthe » ; dès lors pas de vers, pas de romans mais par doses sagement graduées des ouvrages d'histoire, de critique, de philosophie. Les pages que lira le malade le feront penser. Tout fier de comprendre, élevé au-dessus de lui-même il aura une vision confuse d'une beauté et d'une morale supérieures. Au médecin de parfaire cet idéal et de guider son client dans la voie nouvelle qui s'ouvre à lui. C'est le grand mérite de Dubois de Berne d'avoir mis ses idées en pratique ; elles ne sont pas seule-

ment inspirées par une grande générosité, elles ont été fécondes en bons résultats.

Quand il aura quitté l'asile ou la maison de santé, l'ancien morphinomane se rendra immédiatement dans une campagne bien perdue, bien isolée. Le pharmacien pour lui voilà l'ennemi ! Là, il marchera, chassera, fera de la bicyclette et si le cœur lui en dit se livrera aux travaux des champs. Il faut qu'à force de fatigue il se distraie de lui-même, qu'il tue la bête. Bien entendu, il restera en correspondance suivie avec son médecin qu'il tiendra au courant de ses moindres obsessions.

CHAPITRE V

Pronostic. — Avenir.

Le médecin a lieu d'être satisfait de son œuvre : son client s'en va animé des meilleures résolutions et bien guéri, semble-t-il. L'est-il réellement ?

Que faut-il répondre alors aux questions des familles inquiètes de l'avenir ? Peut-on affirmer que son malade ne se repiquera plus ? Non. On ne saurait faire trop de réserves. Il faut se répéter « qui a bu boira » ; il faut s'attendre à apprendre que cet homme, qui, en vous quittant, a juré de ne plus toucher à une seringue, s'est fait dès le soir même une injection de morphine. Quand bien même il resterait deux ans, trois ans, sans recourir aux toxiques, on doit encore se garder de toute affirmation. Le malheureux est en état d'équilibre instable : il ne lui est que trop facile de retomber sous l'influence de la tare héréditaire. Pour lutter contre elle avec quelque fruit, il serait nécessaire que le malade demeurât de longues années loin du monde, à l'abri de toute ten-

tation, dans une maison de santé ou dans un village perdu.

Le premier projet fût-il réalisable, le médecin finirait à la longue par perdre toute autorité sur son client.

En approfondissant l'autre solution, on s'aperçoit qu'on tourne dans un cercle vicieux : le malade ne tarderait pas à s'ennuyer et, dans la morphine, n'irait que trop vite chercher un remède contre le spleen.

Le pronostic est donc très sombre : dans les statistiques la très grande exception est constituée par les anciens morphinomanes qui ne se sont pas repiqués.

Et l'avenir dira-t-on ? Peut-on espérer voir disparaître la morphinomanie ? A cette question nous répondrons encore négativement.

En supposant que la prophylaxie fût soigneusement observée : application aux droguistes de mesures réservées aux seuls pharmaciens ; réglementation de la vente de la morphine ; saisie de toute publication suspecte, il y aura toujours des morphinomanes, car cela est au-dessus de nous. C'est la force des choses, les circonstances qui le veulent malgré nous, contre nous. Ou alors, il faudrait qu'une partie de l'humanité, pensant avec Nietzsche que « beaucoup trop d'hommes faibles viennent au monde » se livrât sur l'autre à une sélection implacable ! A ce prix, peut-être, les races futures seraient-elles dorénavant assez fortes pour affronter courageusement le *struggle for life* ! Mais, « mais, comme le dit le professeur Carrière de Lille, améliorer l'hérédité me semble un problème

bien difficile sinon impossible à résoudre. La sélection est à mon avis impossible, parce que nous ne pouvons déceler à coup sûr l'alcoolisme ou la syphilis, facteurs principaux de cette hérédité viciée. Il faut presque toujours qu'on nous avoue l'un et l'autre pour que nous les reconnaissons. Si on ne nous les avoue pas, comment faire ? et quel est l'homme qui, sachant que cet aveu l'empêchera de se marier, ira se condamner au célibat en avouant ? et quel est le médecin qui consentira à violer le secret de son malade en déclarant que son malade est syphilitique ou alcoolique ? Pouvons-nous exiger le certificat de santé comme condition *sine qua non* du mariage ? Que vont devenir ceux à qui ce certificat aura été refusé ? Ils s'uniront librement pour mettre au monde des dégénérés, des débiles, futurs candidats à la morphinomanie. »

Quelques précautions qu'on prenne, le nombre des morphinomanes ne peut qu'augmenter. La lutte pour la vie se fera plus âpre et chaque jour s'accroîtra le troupeau des vaincus.

Il en sera de la morphine comme de l'alcool.

Il y a deux cents ans, l'alcoolisme, très restreint, restait le triste apanage des hautes classes. Quel effroyable ravage n'exerce-t-il pas à présent dans le peuple ? La morphinomanie, jadis passion de riches désœuvrés, s'observe maintenant dans tous les milieux. Les demandes augmenteront ; la concurrence s'établira ; les prix baisseront. Et l'on se demande, avec terreur, quel abominable produit, analogue aux

alcools industriels, on délivrera dans vingt ans à un prix dérisoire? Quels terribles effets produiront de semblables compositions sur des cerveaux déjà si malades?

Puisque nous ne pouvons compter ni sur des temps plus cléments, ni sur le relèvement moral de l'humanité, au moins souhaitons ardemment que la science vienne nous donner tort et qu'un jour se découvre un remède efficace contre la morphomanie.

OBSERVATION IV (Personnelle).

M^{me} N..., 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, a une sœur qui est en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rien de pathologique dans l'enfance. M^{me} N... est de tempérament nerveux et extrêmement impressionnable, elle a toujours été délicate.

Plus tard, elle fut atteinte d'anémie très prononcée.

Les époques ont apparû à 13 ans ; elles furent longues à s'établir. M^{me} N... souffrit beaucoup. Pendant quatre ans, jusqu'à 18 ans, le flux cataménial vînt régulièrement avec une durée de trois jours sans causer de souffrance. A partir de cet âge les époques devinrent de plus en plus douloureuses.

A 20 ans, M^{me} N... se marie, elle n'a eu ni accouchements ni avortements.

M^{me} N... reste toujours très agitée, très excitable ; l'appétit est bon. Mais elle souffre de troubles gastriques simulant tantôt l'hypo tantôt l'hyperchlorhydrie. Constipation opiniâtre, M^{me} N... dort mal : elle reste quelquefois des semaines sans pouvoir reposer.

Les époques assez régulières deviennent de plus en plus douloureuses et en 1901 les souffrances s'accroissent encore (pesanteur, lourdeur, continuelles dans les fosses iliaques avec élan-

cements) ; un médecin diagnostique une ovarite (1). M^{me} N... reste au lit pendant trois mois et fait trois mois de chaise longue. C'est à la suite de ces accidents que M^{me} N... devint morphinomane. Son mari est pharmacien et quelquefois, depuis 1890, il fit à M^{me} N... quelques injections de morphine, 0 gr. 02 à la fois, quand elle souffrait trop au moment de ses règles. Lorsqu'elle eut son ovarite, le médecin recommanda au mari de faire lui-même les piqûres (0 gr. 02 par jour en deux fois). Au bout de quelques jours il laisse sa femme opérer elle-même et, sur ses prières, augmente le titre des solutions (octobre 1901). Cela ne suffit pas à la malade qui se relève la nuit pour prendre de la morphine et faire elle-même les solutions, elle ne pèse pas, elle prend tout ce qu'elle peut, de telle sorte qu'à certains jours elle a dû largement dépasser la dose habituelle (0 gr. 35 à 0 gr. 40 par jour) en quinze ou vingt piqûres.

Cédant aux instances de son mari, voyant d'autre part combien l'usage de la morphine lui était préjudiciable, M^{me} N... essaya plusieurs fois, mais vainement, de se démorphiniser en substituant des doses croissantes de spartéine. Cependant depuis le 1^{er} janvier 1904 elle a diminué les doses à raison de 0 gr. 05 par semaine, elle est actuellement de 0 gr. 20. Comme elle sent que d'elle-même elle ne pourra pas baisser davantage, elle entre à l'établissement.

Quelles sensations procure la morphine à M^{me} N... ?

Primitivement, M^{me} N... la prenait pour calmer les souffrances que lui causait son ovarite.

A l'heure actuelle la morphine détermine une énergie, une

1. En réalité M^{me} N... étant hystérique, il y avait ce qui existe encore : un point très douloureux dans la région ovarienne.

activité qui, sans elle, manqueraient complètement. Elle n'a jamais procuré aucune euphorie positive, de quelque ordre qu'elle soit ; par contre M^{me} N... a eu assez de mal à supporter les premières piqûres qui déterminaient des vomissements instantanés.

Les phénomènes d'abstinence morphinique sont caractérisés par de la courbature, des tiraillements dans les membres inférieurs, de la tendance à la syncope, des tremblements, des étouffements, des bouffées de chaleur.

M^{me} N... est cocaïmane depuis six mois, elle prend le chlorhydrate de cocaïne par la voie buccale, et impossibilité de déterminer les doses. Depuis longtemps déjà M^{me} N... usait de cocaïne lorsqu'elle souffrait des dents.

L'ingestion est immédiatement suivie d'une période de grand calme qui dure d'ailleurs fort peu de temps. M^{me} N... avoue que depuis qu'elle absorbe de la cocaïne elle est bien plus énermée et a eu des illusions et hallucinations de l'ouïe.

Etat actuel. — M^{me} N... a maigri de 10 livres depuis six mois, auparavant son poids s'était maintenu.

M^{me} N... a des mouvements secs, saccadés, automatiques, une mobilité des yeux et du visage qui résultent de l'intoxication cocaïnique. Quoique ne dormant pas ou dormant mal, elle est toujours somnolente, on ne l'arrache à cet état qu'avec insistance. Aux questions qu'on lui pose, elle répond évasivement ; il est évident que son état mental est actuellement encore sous l'influence de la cocaïne.

L'appétit qui était toujours resté bon a notablement diminué depuis l'entrée de M^{me} N...

M^{me} N... est extrêmement constipée et ne se présente à la garde-robe qu'à l'aide de laxatif.

La langue est saburrale, mais humide.

L'estomac est dilaté.

Le foie, petit, a une hauteur de 4 travers de doigts.

En arrière l'auscultation est un peu soufflante des deux côtés et dans toute l'étendue des poumons.

Les bruits du cœur sont bons : le premier bruit est un peu claqué.

Pouls 60, un peu faible.

La malade urine peu : les urines sont chargées. M^{me} N... a actuellement ses règles, elles viennent tous les mois à époques jamais fixes. Durée : deux à trois jours ; elle souffre beaucoup du bas ventre.

Hyperesthésie généralisée (température contact). Réflexes rotuliens très faibles. Les pupilles en mydriase réagissent assez peu à la lumière.

La peau est couverte de cicatrices, de piqûres surtout au bas ventre. Suppression par la méthode rapide passage de 0 gr. 20 à zéro en cinq jours.

Aucun incident, mais à son départ l'état mental de M^{me} N... laissait fort à désirer : tendances à l'interprétation et aux idées de persécution.

Nous n'avons pas suivi cette malade.

OBSERVATION V (Personnelle).

M. N..., 26 ans.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel gouteux. Père mort à 57 ans de gangrène pulmonaire.

Mère de tempérament arthritique devenue morphinomane à la suite de coliques néphritiques. Elle est restée à une dose

maxima de 1 gramme par jour pendant dix ans. A cessé spontanément l'usage de la morphine.

Antécédents personnels. — A 5 ans pleurésie grave du côté gauche. Assez bien portant pendant l'enfance et l'adolescence, très anémique, sujet aux migraines. A toujours été constipé.

A 21 ans, au moment de commencer son service militaire, est pris de rhumatismes. M. N... souffrait depuis un certain temps d'une blennorrhagie mal soignée. Les douleurs rhumatismales qui ont duré un an et demi ont atteint successivement les articulations tibia-tarsiennes droite et gauche, les deux genoux, le coude et l'épaule gauche. Ces manifestations étaient certainement d'origine tuberculeuse, la blennorrhagie n'a pu que réveiller la diathèse.

Huit jours après le début, devant l'intensité des douleurs, le père du malade qui était médecin lui fit une première injection de morphine (1 gr. de solution à 1/60). Pendant le mois qu'a duré la période aiguë, le malade eut chaque jour une piqûre de la main de son père, plus un nombre indéterminé de piqûres qu'il se faisait lui-même en cachette, ce qui donne un maximum quotidien de 3 à 4 centigrammes.

Douze autres mois se sont écoulés de la sorte.

A 22 ans le malade n'habite plus dans sa famille; il se pique régulièrement chaque jour.

Il débute à 0 gr. 15, continue à 0 gr. 30.

A 23 ans, il atteint ainsi 1 gr. 1/2 par jour, il n'a d'ailleurs jamais dépassé ce chiffre. Pendant un an il est resté à cette quantité, arrivant cependant à diminuer quelquefois.

Depuis dix-huit mois le malade a la ferme intention de renoncer à l'usage de la morphine; il est arrivé à descendre de 1 gramme à 0 gr. 15, dose actuelle.

Le besoin de morphine a toujours été peu puissant. M. N... avoue qu'il aurait parfaitement pu résister.

Pas d'obsessions.

Le malade se piquait surtout le soir alors qu'il veillait jusqu'à 1 ou 2 heures du matin : la dose quotidienne étant de 1 gr. 50, il a pu ainsi s'injecter coup sur coup 25 centigrammes.

La satisfaction que donnait la morphine était peu intense. Plutôt négative, elle mettait fin à un malaise persistant (gêne respiratoire, étouffements, nausées, faiblesse, tendance à la lipothymie).

Le besoin augmentait considérablement avec les ennuis et les contrariétés. Ainsi à la mort de son père, le malade s'injecta une telle quantité de morphine que l'entourage s'entendit à trouver étrange son attitude aux obsèques.

Etat actuel. — Dose actuelle maxima 0 gr. 15.

Toux sèche et quinteuse, respiration un peu rude dans les deux poumons en arrière. Dans le tiers moyen du poumon gauche, frottements pleurétiques.

Depuis trois jours l'appétit du malade a un peu diminué. Digestions faciles, langue un peu saburrale et tremblotante. Constipation habituelle.

Battements un peu sourds mais bien frappés. Pouls régulier, faible et lent (80 pulsations).

Appareil urinaire. — Néant.

Myosis. Réflexes patellaires extrêmement exagérés. Hyperesthésie cutanée en contact dans la région abdominale et le long de l'épine dorsale.

Plaque muqueuse siégeant dans le sillon balano-préputial.

La face antérieure des cuisses est couverte de furoncles en

voie de maturité ou de résolution, par suite de l'antisepsie insuffisante que pratiquait le malade en se faisant des piqûres.

Suppression par la méthode rapide amène de 0,12 à zéro en quatre jours.

Pas d'incident ou d'accident d'aucune sorte.

Nous avons suivi M. N..., il ne s'est pas repiqué.

OBSERVATION VI (Personnelle).

M. N... âgé de 47 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance, fièvre typhoïde à 16 ans à la suite de laquelle se produisirent plusieurs abcès.

Fait cinq ans de service dans l'artillerie. A 26 ans, après quarante jours passés sous la pluie au camp de Châlons, a une attaque de rhumatisme aigu dans les pieds et qui le cloue au lit pendant six semaines.

A 28 ans, seconde attaque, mais cette fois aux genoux ; reste alité un mois.

Se marie à 30 ans. Sa femme a eu deux avortements.

De 30 à 40 ans deux crises rhumatismales localisées aux membres inférieurs.

A 40 ans, attaque de rhumatismes à grand fracas, le malade souffre de partout. Reste alité deux mois. Pendant six mois ne peut marcher qu'à l'aide de béquilles. Le médecin traitant calme les douleurs à l'aide de piqûres de morphine, deux à trois par jour, il finit par laisser à M. N... la solution et une seringue. Pendant un mois, M. N... s'injecte de la morphine

à doses très faibles puis cesse. Mais les douleurs ayant recommencé, M. N... reprend ses piqûres et devient morphinomane. Reste pendant quelque temps à 0 gr. 15 ; depuis deux ans environ est à 0 gr. 80.

Notre malade est donc morphinomane depuis sept ans, il se faisait jusqu'à douze piqûres par jour (trois le matin, trois à midi, trois le soir).

Etat actuel. — Antécédents arthritiques. Pas d'alcoolisme, pas de maladies vénériennes.

M. N... a commencé à maigrir il y a deux ans. L'amaigrissement s'est accentué depuis six mois, le visage du malade exprime la tristesse et la souffrance.

N'a jamais eu beaucoup d'appétit, celui-ci a encore diminué ces temps derniers de telle sorte que M. N... n'a aucun désir de manger. — Toujours constipé. Hémorroïdes. — Depuis six mois hyperchlorhydrie qui à l'heure actuelle est extrêmement intense. Douleurs vives au creux épigastrique. — Vomissements bilieux. Langue saburrale mais bien humide. Pas de dilatation d'estomac. Le foie est plutôt petit, à peine 5 travers de doigt :

Appareil respiratoire. — Néant.

Battements du cœur lents, le deuxième bruit est perceptible, le premier ne l'est pas du tout ; il semble qu'entre l'oreille et le cœur est interposée une épaisse couche de ouate. Ces phénomènes sont particulièrement appréciables à la pointe que le doigt ne peut arriver à sentir battre : tous symptômes de péricardite rhumatismale chronique. — D'ailleurs M. N... n'a jamais d'œdème des jambes, pas plus que d'oppression ou d'angoisse cardiaque.

Pouls lent bien frappé de 64 à 68 pulsations. Athérome artériel.

Urines peu abondantes. Pas de douleurs à la miction. La palpitation de la région lombaire détermine une vive souffrance.

Céphalalgies fréquentes. Pas de troubles de la sensibilité. Réflexes patellaires très exagérés.

La vue est faible à la suite d'accès rhumatismaux dont M. N... a eu cinq à six attaques.

M. N... a d'abord pris de la morphine pour calmer ses douleurs et plus tard pour se donner de la force et de l'activité. Mais jamais les piqûres ne lui ont causé la moindre satisfaction ou jouissance.

Chez lui les symptômes d'abstinence sont les suivants : courbature, tiraillements dans les jambes, nausées, tendances à l'hypothymie.

Suppression par la méthode rapide amène de 0,50 à zéro en six jours.

Le malade souffrit constamment d'une hyperchlorhydrie qui le faisait se torturer sur son lit et qui persista plusieurs jours après le sevrage. Cependant M. N... fut très courageux.

Nous n'avons pu suivre ce malade.

OBSERVATION VII (Personnelle).

M. N... 56 ans.

Antécédents personnels. — Rougeole dans la petite enfance. A 13 ans quitte la France pour l'Amérique du Nord où il séjourne jusqu'à 21 ans. A 14 ans, fièvre typhoïde bénigne. A 17 ans, rhumatisme articulaire aigu. A 21 ans, rentre en France où il contracte la syphilis : la maladie a été traitée dès le début

et sa marche n'a pas dépassé les accidents secondaires. A 22 ans, s'embarque pour les Etats-Unis.

La santé est excellente, estomac un peu capricieux, les digestions sont bonnes mais un peu lentes. Tendance à la constipation et aux hémorroïdes.

A 26 ans, se marie et vient se fixer dans l'Amérique du Sud.

Le climat convient peu à M. N... Il est bientôt pris d'une diarrhée abondante et tenace. M. N... s'affaiblit et son état devient très inquiétant. Après une convalescence extrêmement longue, survient une guérison relative. Au moindre excès de table la diarrhée réapparaît.

A 33 ans, se trouvant dans une île des Antilles, est atteint de fièvre jaune bénigne ; la période d'état dura neuf jours, pas de vomissements, douleurs abdominales, céphalée, courbature, subictère. Traitement par l'huile de ricin à haute dose. S'embarque pour l'Amérique du Sud. La guérison survient pendant la traversée.

En 1881, diarrhée sanguinolente avec ténésme, guérie par l'administration d'ipéca.

En 1896, pris de douleurs vésicales atroces à la suite d'émission de graviers. On diagnostique des coliques néphrétiques qui ont duré fort longtemps et se sont succédées dans l'ordre suivant :

Une première fois durent cinq jours sans diminuer, puis elles sont moins fortes, deviennent intermittentes, vingt-cinq à trente jours, se passent de la sorte. Elles disparaissent pour réparaître au bout d'un mois. Cette crise dura trois mois avec des rémissions et des intermittences.

Pendant un an, à part quelques crises légères, M. N... ne souffre pas. Comme calmant il prend à de très longs intervalles

quelques cuillerées à café de sirop de morphine. Il part pour Panama en 1899.

A peine arrivé, les coliques néphrétiques reprennent avec une violente intensité, elles durent huit mois consécutifs presque sans rémission. M. N... ne peut arriver à calmer ses douleurs qu'à l'aide d'*injections sous-cutanées* de morphine ; les piqûres sont d'ailleurs très irrégulières, très espacées, une par jour au moment de l'accès, vers 3 heures de l'après-midi, 1/2 centigramme. Au bout de huit mois regagne New-York, les douleurs ont cessé. Reste une fois trois jours sans piqûre, éprouve une vague sensation de faiblesse, un malaise qu'il croit calmer en se faisant une injection de morphine. Depuis n'a pas résisté à ce besoin et se fait chaque jour une piqûre de morphine (1/2 centigramme). Quelquefois, mais très rarement, il s'en est fait jusqu'à deux, soit 1 centigramme.

En 1900, la dose quotidienne est de 1 centigramme. Mais, lorsque le malade a des ennuis il se fait jusqu'à 1 cg. 1/2.

Rentre en France en 1902, la dose quotidienne est toujours de 1 centigramme, puis il augmente et nous avons 1 1/2, 2, enfin 6 qui depuis trois ou quatre mois est la quantité journalière.

Etat actuel. — M. N... a bien l'aspect de quelqu'un qui a vécu sous les tropiques ; le teint est subictérique. Ne semble pas amaigri, mais bien portant et vigoureux, pas de tremblement, la parole n'est pas embarrassée.

Les bruits du cœur sont très sourds, rythme normal. Le poulx est vibrant et régulier. Athérome des vaisseaux. Poulx 100.

Le malade urine assez abondamment. Le premier jour les urines avaient une teinte acajou assez prononcée. Très légères traces d'albumine, pas de sucre, depuis sont plus claires et

ambrées. Le jet de l'urine est bien lancé, quelquefois M. N... accuse une sensation de brûlures à l'extrémité de la verge. Pas de rétrécissement quoique ayant eu plusieurs blennorrhagies. L'exploitation de la région lombaire est pénible pour le malade. Il existe un point très douloureux au niveau du rein droit en arrière et qu'on réveille par la palpation.

Il est à noter que M. N... a quelques symptômes de brigh-tisme, œdème matutinal des paupières et des malléoles (ce dernier existe aussi le soir au coucher), au réveil les doigts sont raides. Enfin dans la journée est pris quelquefois de crampes très violentes qui forcent le malade à s'arrêter et à prendre un point d'appui solide.

Poumons. — Néant, un peu d'emphysème.

Langue un peu saburrale, tendance à la constipation, peu d'appétit, les digestions sont un peu laborieuses, l'ingestion des aliments détermine parfois des spasmes de l'œsophage, l'estomac est un peu dilaté.

Le foie est très petit, on ne peut le délimiter par la percussion. A l'aide du phonandoscope, on constate que cet organe est très remonté et qu'il présente une hauteur de quatre petits travers de doigts.

Rate normale.

Sensibilité normale. Réflexes patellaires exagérés à droite, plutôt diminués à gauche. Les pupilles sont dans un état intermédiaire du myosis et à la mydriase, elles réagissent faiblement à la lumière. Dort très peu.

La vue est un peu fatiguée, ce que M. N... attribue à l'atropine que dans les derniers temps il mélangeait à la morphine.

M. N... a pris d'abord de la morphine pour calmer ses dou-

leurs. A ce moment seulement, le besoin de morphine se traduisait par des vomissements. Plus tard la morphine servit à donner une activité factice qui durait de deux à trois heures.

Jamais la morphine n'a procuré à M. N... aucune satisfaction : elle calmait, il est vrai, les bouffées de chaleur, les frissons, les tiraillements dans les membres, la sensation de vide qu'éprouvait M. N... lorsque le besoin se faisait sentir, mais c'était tout. Depuis quelque temps chaque piqûre était même suivie d'une sensation de dégoût et de tristesse, tels qu'il y a six mois notre malade devient hypocondriaque et eut des idées de suicide.

Passé de 0 gr. 06 à zéro en six jours.

Démorphinisation très pénible marquée par des tentatives de suicide et par des voies de fait graves sur ses gardiens.

M. N... sort deux jours après sa suppression et se pique immédiatement.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

M^{lle} N..., âgée de 23 ans.

Antécédents personnels. — Antécédents scrofuleux. La seule affection qu'elle ait eue dans l'enfance c'est un peu d'entérite avec une diarrhée qui se produisait avec des refroidissements et les écarts de régime. Les époques sont apparues à 18 ans, elles ont toujours été normales, régulières, peu douloureuses jusqu'à il y a six mois, date où elles ont cessé brusquement. Il y a trois ans, eut un avortement provoqué de quatre mois et demi à la suite duquel la température monte à 40°, douleurs

abdominales très violentes pendant deux à trois jours, après tout était rentré dans l'ordre.

En 1902, chagrins intimes, idées de suicide, se réfugie chez un médecin de marine alcoolique qui fumait l'opium et se piquait à la morphine ainsi que sa femme. Il arrive que pendant le sommeil de M^{lle} N... le médecin pénètre dans sa chambre et lui fait une injection sous-cutanée de morphine. M^{lle} N... d'abord réveillée en sursaut, s'endort bientôt d'un sommeil très profond. Cela se reproduit plusieurs fois de suite puis toutes les nuits (deux à trois injections avec l'assentiment de M^{lle} N...). Au bout d'un mois elle est devenue morphinomane et se pique elle-même d'abord une seule fois par jour, un an après deux fois le matin et le soir, soit 0 gr. 15 environ chaque jour.

En 1902, suit un traitement : on l'abaisse graduellement de 0 gr. 01 par jour, jusqu'à 0 gr. 03 ; là on cesse brusquement les piqûres. M^{lle} N... se démorphinise, mais au bout de trente à quarante heures, cédant aux prières de la malade, un ami apporte une seringue et une solution de morphine. M^{lle} N... reprend ses injections, va d'emblée à 0 gr. 05, au bout d'un mois elle est à 0 gr. 15 à raison de deux par jour, depuis 2 à 3. Mais elle se fait trois piqûres (matin, midi et soir) de 0 gr. 12 environ, ce qui porte la dose quotidienne à 0 gr. 36.

M^{lle} N... use aussi de la cocaïne (0 gr. 10) depuis janvier, fume l'opium trois à quatre fois la semaine. Elle fume trente à quarante pipes. Il lui arrive aussi de le mélanger sous forme de gouttes à du tabac dont elle fait des cigarettes.

Etat actuel. — Depuis 8 à 10 mois M^{lle} N... a beaucoup maigri. Poids : 95 livres. Elle frappe par son visage tiré, blafard, les yeux sont cernés, éteints, exprimant l'abattement et le dégoût de la vie. La peau est jaune, sèche, mais couverte de sueur

dès que le besoin de morphine se fait sentir. Les cuisses sont couvertes de croûtes de cicatrices de furoncles.

Le cœur est excellent, pouls un peu faible, mais régulier, 8 μ .

Poumons : La percussion ne donne rien, il semble qu'il y ait au sommet droit du souffle, quelques craquements. Mais, il est impossible de rien préciser, car Mlle N... respire fort mal.

Langue un peu saburrale, aucun appétit, constipation, foie normal, l'estomac n'est pas dilaté, pas d'hyperchlorhydrie.

Urine normale comme quantité et comme couleur, ni sucre ni albumine, la palpation des reins est douloureuse. Les règles ne sont pas apparues depuis 6 mois, la palpation de l'hypogastre est douloureuse.

Mydriase, réaction nulle à la lumière. Réflexes patellaires exagérés, hyperesthésie considérable de toutes les régions du corps au contact à la température.

Le besoin de morphine se traduit par les symptômes suivants. Courbature, sentiment intolérable de vide, frissons, tiraillements, fourmillements.

Les doses faibles de morphine font seulement disparaître ces symptômes. Les doses fortes déterminent une véritable jouissance : La malade ferme les yeux se sent saisie d'un bien-être inexprimable. Visions agréables, visions érotiques et comme toutes les jouissances s'associent, masturbation ; la seule fois qu'elle ait pris de la cocaïne eut des frissons et des nausées.

L'opium détermine chez elle un sommeil ou plutôt une somnolence calme et douce, une fois causa des visions érotiques.

Suppression par la méthode rapide de 0 gr. 30 à 0 en trois jours. Supporte courageusement. Nous avons suivi cette malade, elle ne s'est pas repiquée, mais elle fume l'opium.

OBSERVATION IX (Personnelle).

M. N..., négociant, 25 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 57 ans, était gouteux et dans les derniers temps de la vie était devenu morphinomane. A encore sa mère âgée de 59 ans et bien portante. A eu quatre avortements et deux enfants à terme dont l'un a 27 ans et est en bonne santé, l'autre est notre malade.

Antécédents personnels. — M. N... a toujours été très délicat, l'éruption de chaque dent de lait a été accompagnée d'un état général grave. A trois ans à la suite d'un « courant d'air » ? il eut des céphalées atroces, avec phosphènes et amblyopie. Différents spécialistes consultés diagnostiquèrent des abcès multiples du nerf optique. Ces accidents se sont d'ailleurs reproduits à différentes reprises et à plusieurs années d'intervalles (7 ans-9 ans). Pendant quelques années, à part quelques coryzas et quelques accidents, gastro-intestinaux M. N..., eut une santé satisfaisante.

En 1896 à 17 ans, fluxion de poitrine double, durée vingt-deux jours.

L'année suivante, abcès de l'oreille moyenne de chaque côté et suivis de nouveaux abcès du nerf optique ; les douleurs sont telles que le médecin traitant n'hésite pas à faire de M. N... des injections sous-cutanées de morphine et à les multiplier dix à douze, quinze par jour. Plus tard, c'est la mère à M. N... qui lui fait ses piqûres, puis M. N... lui-même.

Il est vrai que les intervalles entre les séries de piqûre sont

très longs : des semaines sinon des mois, si bien que M. N... ne souffre plus, il cesse ses piqûres (97-98-99).

Pendant toute l'année 1900 et une partie de 1901, M. N... ne se fait pas une seule piqûre, il déclare ne s'être jamais mieux porté qu'à ce moment.

En septembre 1901, M. N..., perd son père, il en éprouve un très vif chagrin, il a de violentes douleurs dans les oreilles, des ennuis ; il reprend les injections. Chaque soir se fait 0 gr. 01 de morphine en deux piqûres. En décembre 1901 cédant aux instances de sa mère M. N..., se supprime brusquement la morphine sans aucun accident.

Au début de 1902 il se reforme des abcès dans le nerf optique avec céphalée violente et succédant à des abcès de l'oreille droite. Aussitôt M. N..., se pique de nouveau à raison d'un demi-centigramme à un centigramme par jour, mais il supplie le pharmacien de préparer des solutions de plus en plus faible. Cette bonne volonté dure peu, alors qu'il était tout près de zéro M. N..., n'a pas la force d'aller jusqu'au bout et multiplie les injections. En avril il est de 0 gr. 15 en juin à 0 gr. 20. Il réussit pourtant à diminuer très lentement les doses et depuis le début de 1904 il n'est plus qu'à 0 gr. 10 à 0 gr. 12. Cependant il y a trois semaines, les accidents du côté de l'œil ayant paru se déclarer tandis que les membres se couvraient d'abcès la quantité journalière a été portée pendant deux ou trois jours à 0 gr. 20 pour redescendre peu à peu à 0 gr. 12 qui est la dose actuelle.

Chaque injection de morphine produit d'abord une sensation de constriction générale, avec sécheresse de la gorge, de chaleur. Cette impression désagréable passe très rapidement et M. N..., éprouve un grand bien-être, il se sent plus léger et aussi plus capable d'exécuter gaiement n'importe quel travail. Lorsque

les piqûres sont faites dans la soirée elles procurent un sommeil profond et sans rêves. Sans la morphine M. N... est incapable de la moindre activité, il est courbaturé ; les membres brisés, il a des crampes dans les mollets.

Etat actuel. — Dès l'abord M. N... donne l'impression d'un débile ; il est amaigri, paraît plus vieux que son âge. Il raconte son histoire en geignant, il pleure à propos de tout, il manifeste une grande terreur à l'idée de la suppression,

M. N... a perdu peu à peu l'appétit depuis qu'il est devenu morphinomane. Hyperchlorhydrie. Grande constipation. Langue saburrale mais humide. Le ventre est un peu douloureux à la pression, l'estomac un peu dilaté, le foie normal.

Le poulx un peu dur, bat à 60. Cœur excellent.

Poumons. — Néant.

Organes génitaux-urinaires. — Néant.

Hyperesthésie générale surtout au contact. Réflexes patellaires exagérés.

Degré assez prononcé de myopie. Les pupilles réagissent faiblement. Elles sont entourées d'un réseau blanchâtre comme les pupilles des vieillards.

Surdité assez prononcée.

Passé de 0 gr. 20 à zéro par la méthode rapide en sept jours. Pas d'accident ni d'incident pendant le sevrage.

M. N... s'est repiqué un mois à peine après la suppression.

OBSERVATION X (Personnelle).

M. N... 45 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'un cancer au

sein. Depuis deux ans on lui faisait des piqûres de morphine (Maximum quotidien : 0 gr. 35). Père goutteux.

Antécédents personnels. — Toujours bien portant jusqu'à 40 ans. Marié, sa femme n'a jamais eu de fausses couches, père d'une fille âgée de 17 ans et actuellement en bonne santé.

En mai 1891, en donnant à sa mère une injection de morphine, le malade pour calmer des douleurs rhumatismales dont il souffrait au pied droit pratique alors sur lui-même une injection de morphine de 0 gr. 05 environ. Non seulement la douleur disparaît, mais à la piqûre succéda un tel bien-être que le malade recommença les jours suivant. Maximum quotidien : 1 gramme. D'ailleurs un de ses amis, étudiant en pharmacie, favorisait cette passion en donnant au malade toutes les quantités de morphine que celui-ci désirait.

Cet ami parti, le malade est obligé d'acheter de la morphine. M. N... diminue de 0 gr. 50. Soit 0 gr. 50 par jour (dose actuelle). Ces faits remontent à quatre ans.

S'injecte ces 0 gr. 50 en cinq fois.

Le matin au lever ;

A 12 heures ;

A 4 heures ;

A 6 heures ;

Le soir au coucher.

Dans les premiers temps se piquait à cause du bien-être, de l'assoupissement qu'il éprouvait ensuite. Depuis quatre ans au contraire c'était surtout pour vaincre la fatigue et se remonter lorsqu'il avait à travailler la nuit.

En août 1902 commence à souffrir d'un point de côté à droite ; la douleur est telle que le malade marche penché à droite, en même temps sensation de fatigue et de courbature.

Le 26 octobre anéantissement complet, fait appeler un médecin qui diagnostique une spleeno-pneumonie droite. Garde la chambre jusqu'en janvier, mais sans s'aliter. Depuis 1898 le malade ne peut se tenir au lit qu'assis et le dos soutenu par plusieurs oreillers. Lorsque pendant le sommeil le corps venait à glisser entraîné par la tête, M. N... suffoquait. Cette angoisse respiratoire cessait dès qu'il avait mis les pieds à terre. Avec la spleeno-pneumonie ces étouffements ont augmenté en fréquence et en intensité. Aussi le malade tout le temps de sa maladie s'est-il tenu dans un fauteuil, les deux pieds allongés sur une chaise.

Reprend son travail jusqu'au 12 février.

A cette date, obligé de garder la chambre à nouveau, congestions rénales et hépatiques, urines rares, œdème des membres inférieurs, oppression, toux, crachats verts et épais.

Etat actuel. — Grande maigreur et état cachectique consécutifs de la spleeno-pneumonie.

L'odeur de l'haleine d'une fétidité particulière remplit toute la chambre.

Appareil pulmonaire. — En arrière : à droite sommet, inspiration rude, expiration prolongée, petits râles secs ; base frottements intenses ; à gauche sommet, murmure respiratoire obscur, caverneux, égophonie, vibrations.

En avant, à gauche, murmure respiratoire obscur, souffle caverneux, égophonie ; vibration ; à droite, inspiration rude, respiration prolongée, petits râles secs. Dyspnée. — Toux sèche et quinteuse, expectoration peu abondante et pénible de crachats verts et épais. Par suite de l'oppression ne se couche pas, passe les nuits dans un fauteuil, assis sur son lit.

Appareil digestif. — Depuis sa spleeno-pneumonie, ne prend que des œufs, du bouillon et des viandes hachées, inappé-

tence. Constipation, ne va à la garde-robe qu'à l'aide de lavements.

A la percussion, l'estomac est normal, pas de dilatation.

Le foie est très abaissé et atrophié.

Le simple contact dans l'hypocondre droit, le flanc droit et la région ombilicale, est très douloureux. D'ailleurs le malade accuse continuellement une douleur pulsative dans la région hépatique et marche penché du côté droit.

Appareil circulatoire. — Cœur, premier bruit très sourd, second très claqué.

Vaisseaux: athérome utériel, pouls rapide et dur.

Œdème malléolaire.

Appareil rénal. — Urines assez abondantes, tantôt claires, limpides, tantôt de couleur un peu acajou, tantôt très chargées en urates. Le jour de l'entrée, elles ont donné avec la liqueur de Fehling une réaction manifeste et qui ne s'est plus reproduite les jours suivants.

Système nerveux. — Les nuits sont mauvaises. Pas de réflexes papillaires, les réflexes patellaires sont exagérés.

Passé par la méthode lente de 0 gr. 60 à zéro en un mois.

14 mai. — A 9 heures, l'on supprime la morphine (0 gr. 02 dernière piqûre). Température 37°5, -37°5.

15 mai. — A 8 h. 1/2, caféine 0 gr. 15, le malade est calme et a déjà eu deux selles diarrhéiques.

A 10 h. 1/2, violente crise de dyspnée avec point de côté intense (le malade crie qu'il lui semble que cent chiens lui rongent l'hypocondre droit), il supplie qu'on se mette à genoux sur la région douloureuse. Sueurs froides. Nausées suivies de

bouffées de chaleur, tendance à l'évanouissement, le pouls reste bon.

Cet accès dure trois quarts d'heure.

Le malade se calme, il est étendu dans son lit dans le décubitus dorsal, n'osant faire un mouvement, causant à voix basse et étouffant sa toux pour ne pas réveiller l'accès.

La journée est calme. Un autre selle, soit trois dans la journée.

A eu :

A 8 h. 1/2, caféine. 0 gr. 10

A 10 h. 12 » 0 gr. 10

A 3 heures » 0 gr. 10

A 7 heures » 0 gr. 10

Soit caféine 0 gr. 40

A 4 heures 1000 grammes de sérum de Hayem.

Dans la soirée à 6 heures et à 8 h. 1/2, a eu deux crises de dyspnée avec vomissements, tendance à perdre connaissance. Mais le pouls reste bon. A pu perdre la notion du monde extérieur à ce point qu'il ne savait plus où il était et ne s'est pas aperçu qu'on lui faisait une piqûre.

Diurèse abondante. Dans l'après-midi une érection suivie d'éjaculation.

A 9 heures, on commence à veiller le malade qui réclame sa piqûre habituelle.

On injecte du sérum de Hayem, 5 centimètres cubes.

Température 37°5, -38°5. — A 9 heures, une selle.

De 9 heures à minuit, le malade est assez agité et réclame une piqûre ; il se plaint de crampes, de douleurs généralisées ; il a des nausées, des étourdissements. Il crie, se débat, frappe au mur. Par instants, il paraît délirer, il appelle sa mère, etc., a des hallucinations visuelles. Ainsi, il voit au pied de son lit un

homme qui lui fait peur et c'est avec des jurons et des injures qu'il lui ordonne de s'en aller.

Le pouls est excellent, rapide et vibrant : 120 pulsations.

A 1 heure, pouls 128, toujours bon.

A 1 h. 1/2, pouls 128, le malade persiste à demander une piqûre. On lui injecte 5 centimètres cubes de sérum de Hayem.

M. N... se déclare immédiatement soulagé. De 1 h. 1/2 à 3 heures moins le 1/4 il est remarquablement calme ; il cause posément et reconnaît qu'on a raison de se refuser à tous ses caprices. Il veut être démorphinisé et déclare qu'il va supporter tout ce qu'il faut pour cela.

A 2 heures, pouls 128, très bon.

A 3 heures moins le 1/4, pouls 128, très bon, le malade s'énervé, il a une crise semblable à la précédente, frissons, tremblements, grincements de dents, sensations d'étouffement, douleurs généralisées, vives surtout entre les épaules, des bouffées de chaleur montent à la tête. Par moment, le malade se raidit, se désespère, pleure et veut partir. Se calme.

A 3 heures 1/4, pouls, 120, toujours très bon.

Sérum de Hayem, 5 centimètres cubes.

A 3 heures 1/2, 4 heures, 4 heures 1/2, pouls 120. Très tranquille, ne se plaint que de crampes et de courbature.

A 5 heures moins 1/4, le malade a quelques coliques sèches, pouls 120. Spartéine 0 gr. 03, le malade n'est pas agité et se plaint seulement de nausées, d'oppression, il déclare être absolument anéanti.

Pouls 120, parfait.

De 5 heures 1/2 à 6 heures, violente crise qui reproduit le tableau clinique précédent. Agitation extrême.

De 6 à 10 heures, le malade est tranquille. A eu quatre selles bilieuses.

A 10 heures 1/2, coliques, pouls 120, mais un peu irrégulier et non fièvre.

A 11 heures, pouls 120, bon, une selle.

16 mai. — Journée remarquablement calme.

Dans l'après-midi nouvelle selle bilieuse.

Durant tout le jour le malade n'a pris que du thé.

Le pouls s'est maintenu à 120 avec une bonne tension.

Le soir à 10 heures le malade s'endort après avoir eu une injection de 10 centigrammes de caféine.

Nuit excellente, à peine si vers 5 heures du matin il a eu pendant une demi-heure de l'oppression.

Température 37°5,-37°6.

17 mai. — Dans la matinée deux selles plus fermes et moins bilieuses.

Le pouls est toujours bon.

A midi déjeune avec appétit. Malgré nos conseils réitérés, il se jette avec avidité sur les aliments qu'il avale rapidement.

L'après-midi est bonne, reçoit une visite qui le fatigue. A 3 heures le pouls faiblit, devient plus rapide 140. On injecte caféine 0 gr. 14.

Se plaint de frissons, de malaise, de nausées, d'étouffements. A 7 heures perte de connaissance, dyspnée intense, le pouls reste rapide et ne faiblit pas. On fait une piqûre de spartéine 0 gr. 03.

Revient peu à peu à lui, mais se plaint d'étouffements et de frissons.

A 8 heures, seconde perte de connaissance, le pouls ne faiblit pas. Le malade est étendu dans le décubitus dorsal, respi-

rant difficilement et portant instinctivement la main au creux épigastrique, les paupières à demi-closes permettent de voir les pupilles en état de myosis extrême absolument pontiformes et l'œil droit en strabisme interne. Les muscles de la face sont animés de secousses cloniques.

On fait respirer de l'oxygène. Dès les premières bouffées d'oxygène, les pupilles redeviennent normales. M. N... revient à lui lentement, il se plaint toujours d'étouffer et d'avoir des nausées, il voit trouble et accuse de la diplopie. Il s'aperçoit que sa chemise est mouillée, il a uriné sous lui pendant l'accès précèdent.

A 11 heures, caféine, 0 gr. 15.

On fait respirer de l'oxygène toutes les demi-heures.

Le malade urine abondamment et s'assoupit.

Température 37°6-39°.

18 mai. — Dyspnée intense. Perte de connaissance, pouls rapide petit et irrégulier : 140. Caféine 0 gr. 15. M. N... revient à lui accusant de l'oppression et un malaise général. A 5 heures respiration stertoreuse, état comateux, pouls rapide et dur. On écouvillonne le pharynx. M. N... reprend connaissance, expectore abondamment et se sent soulagé.

A 9 heures, dyspnée, runcus, pouls filiforme. A l'auscultation, en arrière et dans les bases tempête de râles humides ; ventouses sèches, oxygène, spartéine 0 gr. 03.

Le pouls se relève : une selle normale.

A 2 heures, état comateux, pouls imperceptible, on fait coup sur coup des piqûres d'éther, caféine et huile camphrée. Le reste de la journée est calme.

A 3 h. 1/2 du matin syncope.

Température 38°, -39°

19 mai. — Matin température 38°5. La matinée et l'après-midi sont assez calmes. A ce moment le malade commence à expectorer abondamment des crachats vert-de-gris striés de sang. On fait respirer de l'oxygène toutes les demi-heures et lui injecte alternativement de la spartéine et de l'huile camphrée.

20 mai. — A 2 1/2 du matin le malade très calme gémit doucement et conserve sa connaissance, pouls imperceptible, spartéine 0 gr. 03. A 4 heures entre dans le coma. A 8 heures mort.

CONCLUSIONS

I. — L'hérédité joue un grand rôle dans l'étiologie de la morphinomanie.

II. — Tout morphinomane est un hystérique.

III. — Dès lors, la suppression pure et simple de l'alcaloïde ne suffit pas ; il faut soumettre son malade au traitement moral, à la suggestion à l'état de veille.

IV. — Avant de procéder au sevrage, il faut examiner soigneusement son client puis commencer « le traitement préparatoire de la démorphinisation ».

V. — Deux modes de suppression doivent être seulement employés : α) la méthode rapide pour les sujets jeunes et vigoureux dont la toxicomanie est de date récente ; β) la méthode psychothérapique applicable aux sujets cachectiques ou atteints d'affections graves.

VI. — Les autres procédés doivent être abandonnés comme dangereux ou stériles.

VII. — Il est nécessaire que les pouvoirs publics réglementent la vente de la morphine, l'interdisent aux droguistes et condamnent pour exercice illégal de la médecine les charlatans et les auteurs d'ouvrages de vulgarisation médicale.

Vu : le Président de la thèse,

JOFFROY

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — La morphinomanie (Discours prononcé à la rentrée solennelle des Facultés. Caen, 1894).
- BALL. — La morphinomanie (Paris, 1888).
- BAUDELAIRE. — Les Paradis artificiels.
- CALVET. — Essai sur le morphinisme aigu et chronique (Thèse Paris, 1876).
- CHAMBARD. — Les morphinomanes.
- FÉRÉ. — De la morphinomanie au point de vue de la grossesse et de la vie du fœtus (Mémoire, Société biologique, Semaine médicale).
- FOVILLE. — La morphinomanie (Annales médico-psychologiques).
- HUCHARD. — Albuminurie des morphinomanes. Action de la morphine sur la tension artérielle (Société médicale des Hôpitaux, 1890).
- JENNINGS. — Traitement de la morphinomanie. Sur un nouveau traitement de la morphinomanie (Encéphale, 1886-1887).
- JOFFROY (A). — De la morphinomanie et de son traitement (Leçon faite à l'asile Sainte-Anne le 9 janvier 1897. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie nos 93-97-99, 1899).
- A propos du traitement de la morphinomanie (Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 10 novembre 1899).
 - Application de la méthode psychothérapique au traitement d'une morphinomane présentant des lésions cardiaques graves (Annales médico-psychologiques. Paris, 1902).

- JOFFROY (A.) et SERVEAUX. — Détermination de l'équivalent toxique de la morphine chez le chien et le lapin. Symptômes de l'intoxication aiguë par la morphine (Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique. Paris 1898).
- KRUTT. — Traitement psychothérapique de la morphinomanie, (Paris, 1905).
- LEWINSTEIN. — La morphinomanie (Paris, 1880).
- LINOSSIER. — Communication faite à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (17 novembre 1899).
- MARANDON de MONTYEL. — Contribution à l'étude de la morphinomanie (Annales médico-psychologiques, 1889).
- MAGNAN. — Leçons sur la dipsomanie (Progrès médical, 1886).
- MOTET. — Morphinomanie (Annales d'hygiène publique et médecine légale). Morphinomanie devant les tribunaux (Semaine médicale, 1803).
- G. PICHON. — Le Morphinisme (Paris, 1889).
- QUINCEY (Thomas de). — Confessions of a english opiumeater (Traduction française, 1890).
- RICHET. — Action convulsivante de la cocaïne (Société biologique. Paris, 1888).
- RICHARDIÈRE. — Les intoxications in Traité de médecine Bouchard-Brissaud.
- RODET. — Morphinomanie et morphinisme (Paris, 1889).
- ROUBINOVITCH. — Intoxication par l'opium in Traité de médecine Gilbert-Ballet.
- TROUSSEAU et PIDOUX. — Traité de thérapeutique et de matière médicale (Paris, 1870).
- VERHOOGEN R. — Traitement de la morphinomanie (Polyclinique. Bruxelles, 1902).
- VIBERT. — Médecine légale.
- ZOMBACCO. — De la morphinomanie (Encéphale, 1882-1884).